

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - NÚCLEO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO - MAPSI

TALYTA SOARES DA SILVA

**VIVÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DE UM
CAPS DE PORTO VELHO/RO**

PORTO VELHO – RO
2016

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - NÚCLEO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO - MAPSI

**VIVÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DE UM
CAPS DE PORTO VELHO/RO**

TALYTA SOARES DA SILVA

Texto final apresentado à Banca de Defesa do Mestrado de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia - UNIR como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientadora: Prof^a. Dra. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

PORTO VELHO - RO
2016

BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

S586v

Silva, Talyta Soares da.

Vivências de trabalhadores da Saúde Mental de um CAPS de Porto Velho/RO./ Talyta Soares da Silva, Porto Velho, 2016.

90f.;il.

Orientadora: Prof^a. Dra. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein.

Dissertação (Mestrado de Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016.

1. Trabalhadores em saúde mental. 2. Mobilização subjetiva. 3. Estratégias defensivas. 4. Centro de Atenção Psicossocial. I. Fundação Universidade Federal de Rondônia. II. Título.

CDU:159.9

Eliane Gemaque CRB 11.549

FOLHA DE APROVAÇÃO

**VIVÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DE UM CAPS DE
PORTO VELHO/RO**

TALYTA SOARES DA SILVA

Texto final apresentado à Banca de Defesa do
Mestrado de Psicologia da Universidade Federal
de Rondônia - UNIR como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

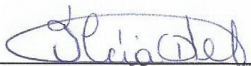
Linha de Pesquisa: Saúde e Processos
Psicossociais.

Orientadora: Profª. Dra. Vanderléia de Lurdes
Dal Castel Schlindwein

Banca Examinadora

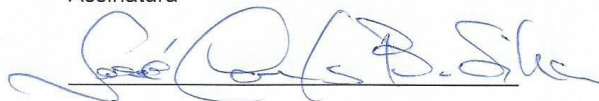
Prof. Dra. Vanderléia Dal Castel Schlindwein
Programa de Pós Graduação em Psicologia
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Assinatura



Prof. Dr. José Carlos Barboza da Silva
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Assinatura



Prof. Dra. Janine Kielling Monteiro
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS
Assinatura

Dissertação aprovada em 02/12/2016.

Dedico essa dissertação a minha mãe, **Josefa Soares de Andrade Silva**, que dedicou sua vida a mim e aos meus irmãos. Diante das dificuldades não poupou esforços para que eu tivesse acesso à educação de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus e aos meus guias espirituais por me permitirem viver esses dois anos tão intensos no Mestrado.

Agradeço a minha mãe Josefa Soares de Andrade Silva por sempre me incentivar e me fazer acreditar nos meus sonhos, por ser essa mãe zelosa, pelo amor que me dá forças a prosseguir e por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida. Meu grande exemplo de dignidade e luta. Ao meu irmão José Olinto de Andrade Neto e minha irmã Thaisa Soares da Silva por serem meu porto seguro, por me permitirem ter na minha família a certeza que eu tenho sempre um lugar para voltar e me reequilibrar como pessoa. Aos meus sobrinhos João Vitor de Andrade Uchôa, Matheus de Andrade Uchôa e Izaac Soares Custódio Marinho que alegram minha vida. Ao grande amor da minha vida Pedro Henrique Soares de Souza, meu filho, que me acompanhou desde a coleta de dados até a finalização dessa dissertação. Por me permitir ser mãe, por ser o meu maior incentivo quando eu achei que não conseguiria e mesmo sendo tão pequeno foi a força que me moveu para terminar o Mestrado.

Aos meus colegas de Mestrado Iagê Lage Donato, Leila Graciele da Silva, Rebeca Karoline de Albuquerque Santiago, Natássia Henriques Daldegan Bueno, Aline Rodrigues Moreira Dantas, Itamar Felix, Anderson Junior Ferreira Martins por dividirem comigo as alegrias e angústias desse período de mestrando e por terem tornado esse processo mais leve.

Ao Rodrigo de Souza que foi meu companheiro nesses dois anos de Mestrado, a pessoa que me incentivou a acreditar no meu potencial. Nos momentos de dificuldade me amparou, me escutava e me ajudava a superar os obstáculos para conseguir chegar até a defesa da minha dissertação. Quando diziam que eu não iria conseguir finalizar o mestrado ele sempre me lembrava o caminho que percorri para chegar até aqui. Sua presença e apoio me deram segurança para assumir que com esforço sou capaz de fazer o que quiser.

Ao Antenor Alves Silva e ao Jeferson Araújo Sodré por estarem sempre dispostos a me ajudar com toda parte burocrática do Mestrado.

Aos professores da banca, Prof. Dra. Janine Kieling Monteiro, Prof. Dr. José Carlos Barboza da Silva, Prof. Dra. Vanessa Catherina Neumann Figueredo e Prof. Dra. Janne Cavalcante Monteiro pelas contribuições dadas na qualificação, que foram fundamentais para realização desse estudo.

As páginas não seriam suficientes para agradecer a minha orientadora Prof. Dra. Vanderléia Dal Castel Schlindwein que me acolheu como orientanda, que acreditou em mim e me deu todo suporte necessário durante o Mestrado. Sempre respeitando quem eu sou e com muita paciência soube extrair o melhor de mim.

"Para lidar com o sofrimento é preciso
perceber que ele faz parte da nossa vida."

(Dalai Lama)

SILVA, Talyta Soares da. **Vivências de trabalhadores da Saúde Mental de um CAPS de Porto Velho/RO**, 2016, 90p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Núcleo de Saúde, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, 2016.

RESUMO

Vivências de trabalhadores da Saúde Mental de um CAPS de Porto Velho/RO

O presente estudo teve como objetivo compreender aspectos da organização do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e as repercussões à Saúde mental dos trabalhadores da saúde. A pesquisa, de caráter qualitativo e explicativo, baseou-se no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho/PDT aplicada ao campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). Foram realizadas entrevistas com trabalhadores da saúde de um CAPS de Porto Velho/RO, como coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e observação de campo com produção de diário de campo para os registros após as visitas à instituição. Os depoimentos e observações foram analisados por meio da análise temática, que propõe explicitar qualitativamente como os trabalhadores percebem seu ambiente laboral. Como procedimento ético foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE a todos os participantes. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia/UNIR. Os dados coletados através das três entrevistas e da observação de campo foram divididos em categorias temáticas. Através da análise dos depoimentos observou-se que a falta de efetividade da Rede de Atenção Psicossocial gera uma sobrecarga de trabalho nos trabalhadores do CAPS e que a vivência do real do trabalho leva os profissionais da saúde ao sofrimento psíquico. Além disso, pode-se constatar que o reconhecimento no trabalho gera prazer, de modo que os trabalhadores conseguem continuar trabalhando frente aos sofrimentos da organização do trabalho.

Palavras-chave: Trabalhadores em saúde mental, Mobilização subjetiva, Estratégias defensivas, CAPS.

SILVA, Talyta Soares da. Worker's Experiences of mental health of an Old Port/RO CAPS, 2016. Project Qualification (Master) - Department of Psychology, Federal University of Rondônia, Porto Velho, RO, 2016.

ABSTRACT

Worker's experiences of mental health of an Old Port/RO CAPS, 2016.

This study aimed to understand organizational aspects of the work of a Psychosocial Care Center / CAPS and the repercussions on the mental health of health workers. The study, qualitative and explanatory character, was based on the theoretical framework of work psychodynamics / PDT applied to the field of Mental Health Work-Related (SMRT). Were realized interviews with health workers of a CAPS Porto Velho / RO, as data collection used a semistructured questionnaire and field observation with daily production field for the records after the visits to the institution. The statements and observations were analyzed using thematic analysis, which proposes explain qualitatively how workers perceive their work environment. As an ethical procedure was presented a consent form Clarified / TCLE to all participants. The research protocol was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rondônia / UNIR. The data collected through three interviews and field observation were divided into categories. Through the analysis of the reports notes that the lack of effectiveness of Psychosocial Care Network generates a work overload in the CAPS workers and that the real work experience leads health professionals to states of suffering.

Keywords: Mental health workers, Mobilization subjective, Defensive strategies CAPS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

HB - Hospital de Base

INSS - Instituto Nacional do Seguridade Social

PDT - Psicodinâmica do Trabalho

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SMRT - Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS E ESQUEMAS

Quadro 1. Corps dos sujeitos que participaram das entrevistas.....	44
Quadro 2. Corps dos sujeitos do diário de campo.....	45
Esquema 1. Serviços do CAPS estudado.....	43
Esquema 2. Psicodinâmica do processo de transformação do sofrimento em mobilização subjetiva do trabalho.....	66
Esquema 3. Psicodinâmica da relação entre cooperação / reconhecimento / prazer no trabalho.....	74

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – JUSTIFICATIVA.....	16
3 – OBJETIVO	18
3.1 – Objetivo geral	18
3.2 – Objetivos específicos.....	18
4 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA UM TRATAMENTO HUMANIZADO.	19
4.1 – A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	19
4.2 – O CAPS e os desafios de implementação do novo modelo de atenção psicossocial	21
4.3 – Repercussões do trabalho no CAPS à saúde mental dos trabalhadores da saúde.....	26
4.4 – A Rede de atenção Psicossocial em Porto Velho e os desafios do serviço 	31
5 – A SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO	33
5.1 – A relação entre trabalho e saúde mental: uma abordagem psicodinâmica 	33
5.2 – Estratégias Defensivas	35
5.3 – Organização do Trabalho	36
5.4 – Trabalho prescrito e Trabalho real.....	37
5.5 – Mobilização subjetiva e o reconhecimento como fonte de prazer.....	38
6 – MÉTODO	41
6.1 – Delineamento do estudo.....	41
6.2 – Local e participantes do estudo	41
6.3 – Instrumentos da coleta de dados.....	43
6.3.1 <i>Observação de campo e diário de campo</i>.....	44
6.4 – Procedimentos Éticos.....	45
6.5 – Análise de Dados	46
7 – ANÁLISE DE DADOS.....	47
7.1 – Atividade prescrita versus atividade no real do trabalho: “Você corre para um lado, CAPS, você corre para o outro, ambulatório”	47

7.2 – A sobrecarga de trabalho e o sofrimento transbordando: “hoje está daquele jeito! Sem tempo para respirar e piscar”	53
7.3 – As estratégias defensivas e o sofrimento dos profissionais da saúde no CAPS: “Amanhã eu vou faltar! Há um acordo, não é um acordo dito”	60
7.4 – Mobilização subjetiva, reconhecimento e prazer no trabalho do CAPS: “É a melhor sensação que existe.....	65
8 – CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
APÊNDICE B - Autorização para pesquisa.....	87
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada	88
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	89

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a saúde mental dos trabalhadores tornou-se foco de muitas preocupações não só no âmbito da saúde, mas também no âmbito social, institucional e previdenciário. Aspectos como: a pressão por produtividade, o desgaste dos vínculos, a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura, a hierarquia rígida e as relações de trabalho podem gerar desgaste emocional nos trabalhadores, levando-os à perda da autoconfiança e a desestabilização emocional de si mesmos e nas relações de trabalho.

Vários autores corroboram para a relação entre a organização do trabalho e a saúde mental (DEJOURS, 1992; SATO, 2003; LE GUILLANT, 2006). Estes compreendem que o trabalho contribui para a realização pessoal, promove a saúde ou pode levar a estados de sofrimento como ao adoecimento e, até, situações extremas de morte no trabalho. A organização do trabalho que promove saúde é aquela que propicia ao trabalhador um ambiente onde ele pode transformar sua realidade, desenvolver suas potencialidades e sentir-se reconhecido. Entretanto, Monteiro (2012) destaca que a atual configuração da organização do trabalho favorece o sofrimento psíquico dos trabalhadores. Para Moraes (2013), o sofrimento torna-se patogênico quando o trabalhador não consegue ressignificá-lo, sendo que fica imobilizado e se sente incapaz de criar soluções, podendo adoecer.

As consequências do afastamento ao trabalho geram situações desestabilizadoras para o trabalhador na sua vida pessoal e no âmbito das relações laborais, já que uma vez adoecido e afastado o mesmo deve ser substituído nas suas funções, gerando a necessidade de que outra pessoa assuma suas atividades, ou mesmo, seja contratado um substituto. Outra dimensão é o processo de reabilitação, tempo em que o trabalhador precisa ficar afastado para o tratamento médico, situação que pode gerar desestabilização financeira familiar, internações hospitalares e aposentadorias prematuras, além de representar ônus aos cofres públicos.

Nesse sentido, percebe-se que o adoecimento do trabalhador não traz prejuízos apenas para o indivíduo, causa também um grande dano à sociedade, afastando do convívio social pessoas em idade produtiva que poderiam estar contribuindo com o crescimento econômico e social do país.

Compreender porque tantos trabalhadores estão sofrendo com transtornos mentais decorrentes de sua atividade laboral tem sido preocupação constante entre os profissionais da saúde. Jaques (2007) discute a importância de estabelecer o nexo causal entre a saúde mental e o trabalho, pois além de contribuir para um diagnóstico e prescrição terapêutica correta, o estabelecimento do nexo causal pode diminuir a culpa imputada ao trabalhador pelo adoecimento. O estudo realizado por Viera (2009) demonstra que para compreender os transtornos mentais apresentados por um trabalhador, é necessário conhecer as experiências de trabalho vivenciadas por esse trabalhador. O autor ainda destaca que para estabelecer o nexo causal é preciso uma análise das experiências vividas na organização do trabalho.

Diante dessa perspectiva, o estudo proposto tinha como objetivo compreender aspectos da organização do trabalho dos trabalhadores da saúde de um Centro de Atendimento Psicossocial/CAPS, de Porto Velho e suas repercussões na saúde mental destes trabalhadores. Para isso, buscou-se entender como as mudanças ocorridas no novo modelo de atenção psicossocial do CAPS impulsionaram novas exigências nas práticas profissionais dos trabalhadores da saúde e nas relações de trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Desde o início da minha graduação em Psicologia tive interesse pela temática da Saúde Mental. Os dois grupos de pesquisa que participei durante minha formação acadêmica estavam relacionados ao tema, no último ano da graduação, nos estágios obrigatórios do curso, optei pelas áreas da Saúde Mental e Psicologia da Saúde, onde tive a oportunidade de atuar em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Porto Velho/ RO.

Nos anos de 2012, 2013 e início de 2014 estava inserida no grupo de pesquisa onde desenvolvi minhas pesquisas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC); ao longo do primeiro ano de pesquisa pude perceber que o modo como a organização do trabalho está estabelecida pode repercutir na saúde mental dos trabalhadores. No estudo feito no Instituto Nacional de seguridade Social (INSS), percebeu-se que o modo como o trabalho estava organizado tinha relação com o surgimento de estados de sofrimento e nas patologias mentais dos trabalhadores que estavam afastados por licença saúde (SCHLINDWEIN; MORAIS, 2014; MATTOS; SCHLINDWEIN, 2015).

No CAPS tive a oportunidade de atuar no estágio em saúde mental, neste percebi que existem trabalhadores que estão envolvidos no cuidado de pessoas com transtornos mentais, entretanto, tais condutas suscitavam algumas indagações como: trabalhar com esse sofrimento pode gerar adoecimento nesses trabalhadores? Há alguma estratégia individual/coletiva para amenizar o sofrimento que esse trabalho produz? Logo percebi que era preciso entender o contexto em que esses trabalhadores desenvolviam suas atividades laborais para se chegar a respostas.

Durante o processo de redemocratização do país, os movimentos sociais pela reforma psiquiátrica passaram a fazer denúncias sobre o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Esses movimentos buscavam uma forma de tratamento que pudesse romper com o modelo sanitarista, um novo modelo de atenção mais humanizado, onde a família e a sociedade estivessem mais próximos do paciente. Nesse contexto, surge o CAPS para atender o indivíduo de forma integral, como um lugar onde o sujeito em tratamento não ficasse separado do convívio social. O CAPS

tornou-se a referência nesse novo modelo de atenção psicossocial, e seus trabalhadores passaram a ser os agentes mais importantes da reforma psiquiátrica brasileira.

Neste sentido, fez-se necessário aprofundar meu interesse de estudo para compreender os impactos das mudanças do novo modelo de atendimento psicossocial na prática dos trabalhadores da saúde e como refletem nas relações de trabalho na organização e suas repercussões no âmbito da saúde mental, podendo tal estudo subsidiar melhorias na prática dos trabalhadores do CAPS, bem como demonstrar a importância do trabalho desenvolvido diariamente nessa instituição para a Rede de Atenção Psicossocial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender aspectos da organização do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e suas repercussões à saúde mental dos trabalhadores da saúde.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar as mudanças do novo modelo de atenção psicossocial de atendimento nos CAPS nas práticas profissionais e nas relações de trabalho.

Compreender as estratégias de mobilização subjetiva que permitem as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos trabalhadores do CAPS.

Identificar as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores na sua prática de trabalho.

4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA UM TRATAMENTO HUMANIZADO

O presente capítulo tem como proposta a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Primeiramente, apresentará a Lei 10.216/2001 e o novo modelo de assistência a pessoa portadora de transtornos mentais, destacando a importância do dispositivo CAPS nesse processo de substituição do modelo hospitalocêntrico para um modelo onde a atenção à saúde mental é feita em rede.

Na sequência trará os desafios para que esse novo modelo seja implementado, e as repercussões que o trabalho no CAPS pode trazer à saúde mental dos trabalhadores a partir de estudos realizados nessa temática. Para finalizar apresentará a Rede de Atenção Psicossocial de Porto Velho, o seu funcionamento e a articulação dos pontos de atenção existente com o CAPS.

4.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001 redireciona o modelo de assistência em saúde mental de modo a garantir a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais disporem de um tratamento digno e humanizado.

A lei garante que toda pessoa portadora de transtorno mental tenha direito de ser tratada com humanidade e respeito, sendo protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, além do acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde possível, em um ambiente terapêutico que não seja invasivo, em serviços comunitários de saúde mental.

Tendo como finalidade a reinserção social e promoção da cidadania, o novo modelo de assistência propõe que a família e a sociedade sejam incluídas no processo terapêutico e que o estado se responsabilize pelo desenvolvimento da política de saúde mental, assistência e promoção de ações de saúde para os portadores de transtorno mental.

Com isso, a lei da Reforma Psiquiátrica traz como mudança importante o tratamento, em que a internação só ocorrerá quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes. Ao ser internado, o usuário deve receber assistência de forma integral, sendo vedada a internação em estabelecimentos com características

asilares.

A Reforma Psiquiátrica prevê que o modelo hospitalocêntrico seja substituído por uma rede de atenção à saúde mental, que tem como porta de entrada o CAPS.

O funcionamento do CAPS está previsto na portaria 224/92 (BRASIL, Ministério da Saúde, 1992, p.2) que o define como:

Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.

A referida portaria ainda destaca que o CAPS atenderá pacientes referenciados de outros serviços que deverão estar integrados em uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

Essas unidades assistenciais podem funcionar vinte e quatro horas, durante os setes dias da semana ou nos cinco dias úteis das oito às dezoito horas. Para o atendimento deverá contar com atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, atendimento às famílias e oferecer atividades comunitárias que proporcionem a integração social do usuário com a família e a sociedade.

Segundo a mesma portaria, os profissionais que fazem parte do efetivo humano do CAPS são compostos de médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior e, se necessário, profissionais de nível médio.

O CAPS faz parte de uma rede que tem como finalidade articular e ampliar o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais no Sistema Único de Saúde. Essa rede foi instituída na portaria 3.088/2011 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011) e tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial à toda população, de modo a garantir que todos aqueles que sofram com transtornos mentais tenham um tratamento humanizado e contínuo nos pontos de atenção. Vale ressaltar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não visa apenas o tratamento daqueles que já sofrem com transtornos mentais, mas busca promover saúde e bem-estar tanto para os usuários da rede quanto para a sociedade em geral.

Segundo a portaria 3088/2011 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011) a RAPS é formada pela Unidade Básica de Saúde, equipes para atender populações

específicas, centros de convivência, pontos de atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Com relação ao tratamento de portadores de transtornos mentais, o ponto de atenção que mais se destaca na RAPS é o CAPS, que desde a implantação dos serviços substitutivos tornou-se a referência da reforma psiquiátrica, tornando os trabalhadores desse serviço os responsáveis por atender toda a demanda da rede.

O CAPS, na portaria 3088/2011 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011), é definido como um ponto de atenção psicossocial especializado e tem diferentes modalidades. É constituído por equipe multidisciplinar que atua no modelo interdisciplinar, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, respeitando a territorialidade do usuário e em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. No próximo item abordar-se-á melhor o novo modelo preconizado pela portaria 3088.

4.2 O CAPS e os desafios de implementação do novo modelo de atenção psicossocial

A lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi aprovada em 2001, mas a luta por uma assistência digna para aqueles que sofrem com transtornos psíquicos começara bem antes dessa lei ser aprovada. Com o fim da ditadura militar houve o processo de redemocratização do país, que buscava a melhoria na vida da população. Nesse contexto, surgiram os movimentos pela reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil.

Esses movimentos sistematizam as primeiras graves denúncias ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, repleto de corrupções, fraudes, violência e tortura, principalmente nos hospitais psiquiátricos. São denunciadas, também, a falta de recursos, a negligência e a tentativa de utilização da psiquiatria como instrumento de controle social (RIBEIRO, 2004, p.94).

O projeto de lei foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado e indicava a extinção progressiva dos manicômios e que fossem substituídos por novas modalidades de atendimento, regulamentando assim, os direitos dos doentes

mentais ao tratamento.

A lei entrou em vigor apenas em 2001, rompendo assim com o modelo sanitarista: “o objetivo maior passa a ser substituir uma saúde mental centrada no hospital por outra, sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial” (RIBEIRO, 2004, p. 95). Para Maciel (2012), essa mudança no modelo de atenção ao doente mental fez com que a família e a comunidade onde esse indivíduo está inserido também participem da rede social que se constitui em torno desses novos serviços.

O CAPS é um dispositivo que tem como objetivo romper com o modelo da assistência hospitalar oferecida ao doente mental.

O dispositivo e a ideia CAPS surgem, conseqüentemente, de uma aposta pautada por uma posição ética, que serve de sustentáculo para tudo o que, a seguir, será criado enquanto tecnologia que viabilize que tal postura possa exercer – aposta de que o louco e a loucura têm sentido, voz, vez e obra (RIBEIRO, 2005, p. 38).

Na cidade de São Paulo, em 1986, surgiu o primeiro CAPS do Brasil. Amarante (1995) afirma que foi a partir do surgimento do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que houve a transformação de outros serviços que surgiram depois no país. O CAPS tem como função principal o “[...] atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [...]” ou ainda “[...] serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território” (BRASIL, 2004, p. 31).

Para Ribeiro (2004), o CAPS deve estar organizado para atender os usuários do serviço diariamente, com uma gama diversificada de atividades terapêuticas, para que o CAPS não fique reduzido a consultas ambulatoriais. Dentro desse novo modelo de atenção à Saúde Mental, o indivíduo passa a ser visto como um ser integral, de modo que deve ser tratado em toda sua pluralidade. Por isso, o atendimento no CAPS é realizado por uma equipe interdisciplinar.

Ribeiro (2005) ressalta que o CAPS não é apenas um território geográfico ou um prédio físico. É antes de tudo um lugar em que o usuário “existe”; um lugar onde o indivíduo pode trilhar seu próprio caminho; é o lugar onde o sujeito pode vir a se

constituir, a se tornar o ator principal no processo de construção do seu tratamento. Por isso, não é a mudança do lugar onde se trata a loucura que vai garantir os direitos do usuário. O dispositivo pode ser novo, mas pode estar reproduzindo na prática os paradigmas do modelo hospitalocêntrico pois, como salientam Almeida e Santos (2001), as tentativas de produzir um modelo capaz de substituir o velho manicômio em seus aspectos mais amplos, não estiveram isentas de cometer os mesmos equívocos. Mais que um novo lugar, é necessário ter um espaço social para a loucura, para que de fato o antigo modelo seja superado.

Para Rabelo e Torres (2005), o compromisso com a desinstitucionalização da loucura depende das práticas e da atuação de profissionais, os quais têm que se colocar à disposição para construírem novas possibilidades de encontro entre a loucura e sociedade, que considerem o objetivo proposto pela Reforma Psiquiátrica, perante o qual o indivíduo não fique institucionalizado, sendo o CAPS um local de “passagem”, onde o tratamento tem um momento determinado para acabar.

Segundo Sadigursky e Tavares (1998), o CAPS e os novos modelos de atenção psicossocial não podem reter os usuários nos serviços, eles devem estar inseridos no convívio social. Importante pontuar que a desinstitucionalização da loucura é um fenômeno complexo, social e histórico, mostrando-se essencial a participação das famílias e da sociedade nesse processo de transformação de elaboração das representações sociais e práticas diante dos que sofrem com transtornos mentais.

O novo modelo de atenção psicossocial idealiza o CAPS como organizador da rede de atenção e cuidados da saúde mental “na forma de dispositivo transitório que funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes” (DIEMENSTEIN, 2006, p.72).

É preciso compreender que o CAPS se tornou referência de atendimento nesse novo modelo de assistência à loucura, mas a Reforma Psiquiátrica não se resume a este serviço. “Um grande cuidado deve ser tomado para que esse tratamento não seja cronificante” (RIBEIRO, 1998, p. 17). A falta de uma política que acolha o usuário após o tratamento no CAPS, o despreparo das famílias e a segregação social ainda existente fazem com que o usuário do CAPS permaneça na instituição, reproduzindo assim, a cronificação do sujeito no modelo hospitalocêntrico

e coloca os trabalhadores do CAPS como responsáveis pelo novo modelo de atenção psicossocial.

Visto que a atividade de cuidar de quem sofre de transtornos mentais é constituída, entre outros fatores, do encontro entre uma pessoa que sofre e outra responsável em lhe proporcionar a intervenção técnica que visa diminuir o seu desconforto psíquico, como destaca Uchida, Lancman e Sznelwar (2010), observou-se que o segundo também era afetado e assim, o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde foi objeto de estudo de Lago & Codo (2010, p. 172), estes apontam que os profissionais da saúde estão propensos a vivenciar uma síndrome chamada de “*fadiga da compaixão*” que consiste no processo pelo qual o profissional ligado ao atendimento com pessoas, que tem como demanda o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão. Eles vivenciam isso porque simplesmente se importam com a dor do outro. Eles descrevem:

Esses profissionais – de uma forma geral vivenciam, ou escutam relatos de medo, e sofrimento – podem acabar sentindo, medos e sofrimentos similares aos dos seus pacientes, simplesmente porque eles se importam com eles. (CODO & LAGO, 2010, p. 7-8).

Além do contato com estados de sofrimento mental dos usuários, os trabalhadores do CAPS passam a constituir a gama de agentes mais importante para implantação do modelo psicossocial, exige-se dele práticas contrárias às que eram executadas no modelo asilar. Isso pode ocasionar tensão no trabalhador e repercutir na sua saúde mental.

Sobre isso, Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) observam que o trabalho no modelo de atendimento psicossocial exige dos profissionais uma crítica ao modo asilar, bem como a produção de novas práticas pautadas na possibilidade de ofertar acolhimento na crise e atendimento individual e coletivo e no direito do usuário de ir, e vir ao desejar o cuidado. Tais situações têm ocasionado estados de tensão entre as novas práticas e as práticas asilares. Isso repercute na saúde mental do trabalhador, atingindo a organização do trabalho e a subjetividade dos mesmos.

As autoras ainda destacam que a transformação no modelo de atenção

psicossocial pode ser vivenciada em muitos momentos pelos trabalhadores do CAPS como fonte de prazer e sofrimento no trabalho, pois eles precisam constituir sua atividade laboral diante das transformações do novo modelo de atenção preconizada pela Reforma Psiquiátrica. O modo como o trabalho é realizado no CAPS poderá ser uma fonte de prazer, se a organização do trabalho permitir que os trabalhadores adaptem sua realidade de trabalho e seus desejos como profissionais.

Ainda, para Dejours (2011), o trabalho é fonte de prazer para o trabalhador quando ele é reconhecido pela tarefa que desempenha. No CAPS os profissionais estão próximos aos usuários que podem manifestar o seu reconhecimento aos trabalhadores. O trabalho como fonte de sofrimento ocorre quando o indivíduo sente que não consegue realizar sua função laboral e não é reconhecido na sua função. O sofrimento presente no cotidiano de um CAPS pode gerar angústia no trabalhador, isso pode ocorrer diante da impotência de alguns casos, do sofrimento dos usuários e das famílias.

A relação que envolve o profissional de referência com o usuário tem aparecido, de acordo com Costa e Silva (2010), nas recentes pesquisas como provocadora de vários sentimentos que revelam o sofrimento psíquico como estado de angústia, impotência, preocupações e responsabilizações.

As mudanças ocorridas por meio da Reforma Psiquiátrica fizeram com que o trabalhador em Saúde Mental se tornasse o protagonista dessas transformações, nesse novo modelo o trabalhador é um sujeito fundamental para a organização do CAPS. Entretanto, se não houver condições de trabalho e uma rede social que viabilize esse novo modo de cuidado, o trabalhador poderá sofrer uma sobrecarga de trabalho, pois carregará sozinho o “peso” de realizar as transformações prescritas sem ter condições reais. Para Silva (2007), o acúmulo de exigências pode gerar desequilíbrio psíquico e adoecimentos.

Após a implantação do novo modelo de atenção psicossocial, faz-se necessário investigar como está a Saúde Mental daqueles que são responsáveis por cuidar da Saúde Mental da população brasileira. Sobre isso, Paulon *et al.* (2014, p.190) questionam:

Assim como defendemos que a doença dos usuários não seja tomada como empecilho para o exercício da cidadania, precisamos

trazer o adoecimento de nossos profissionais para o campo das discussões, a fim de colocarmos em análise seus processos de trabalho.

Uchida, Lancman e Sznalwar (2010) evidenciam que o modo como está organizado o processo de trabalho de um CAPS ainda está em construção. Neste novo modelo, os profissionais passam por uma redefinição do processo de trabalho, precisam ser mais criativos na execução das suas tarefas e desenvolvem as suas atividades com a cooperação de equipe, o que requer um ambiente propício para as relações de trabalho. Os autores destacam que ainda há confrontos e contradições entre a reprodução do antigo modelo e a criação de novas práticas que consolidem o novo modelo de atenção psicossocial.

Em todo processo de mudanças há instabilidades que podem ocasionar desconforto e sofrimento para aqueles que vivenciam tal situação. Para Dejours (2011), os trabalhadores quando estão diante de uma realidade que lhes cause sofrimento psíquico traçam estratégias defensivas¹ para que esse sofrimento não se manifeste por meio de doenças, esse é o modo que os trabalhadores encontram para se defender de um ambiente propício ao adoecimento.

O estudo realizado por Uchida, Lancman e Sznalwar (2010) demonstrou que a prática desses profissionais é desestabilizadora, por isso é importante que outros estudos colaborem para a discussão sobre a construção desse novo modelo de atenção psicossocial e a forma como essa prática repercute na saúde mental dos trabalhadores. No item a seguir serão discutidos alguns estudos dos últimos anos sobre este tema.

4.3 Repercussões do trabalho no CAPS à saúde mental dos trabalhadores da saúde.

A Reforma Psiquiátrica traz como proposta principal a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma Rede de Atenção Psicossocial. Nesse contexto, o Centro

¹Para Dejours (2011), as estratégias defensivas são um modo de produzir uma recusa daquilo que leva ao sofrimento, com o objetivo de salvaguardar o equilíbrio psíquico. O trabalhador busca estratégias para resistir ao sofrimento no trabalho, elas podem ser individuais ou coletivas.

de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como uma instituição inovadora que visa cuidar do indivíduo sem segregá-lo do convívio social, de modo a garantir sua cidadania e reconhecimento como sujeito de direitos. Essa nova proposta exige que os trabalhadores em saúde mental estejam envolvidos com as atividades e com o tratamento dos usuários.

Diante disso, o trabalhador do CAPS tornou-se um dos atores mais relevantes no novo modelo de atenção psicossocial, tendo uma grande responsabilidade na recuperação do usuário. Nos últimos anos, estudos passaram a avaliar a sobrecarga que os trabalhadores desse serviço estão submetidos, se há satisfação no trabalho em saúde mental e as repercussões na saúde mental dos trabalhadores.

Alguns estudos demonstram que a insatisfação dos trabalhadores do CAPS com sua atividade laboral está relacionada com a sobrecarga de trabalho desse serviço. Para Bandeira *et al.* (2007) a baixa satisfação com o trabalho e uma sobrecarga elevada podem afetar o bem-estar e a saúde mental dos trabalhadores. Os autores ainda destacam que a insatisfação do trabalhador pode ter consequências nos serviços prestados aos pacientes, de modo que interfere na qualidade do serviço. Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) corroboram com a afirmativa acima e concluem que, tanto o prazer quanto o desgaste do trabalhador interferem diretamente na qualidade das intervenções com os usuários do CAPS.

Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007) avaliaram, através das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR, os graus de satisfação e de sobrecarga de uma equipe técnica de um CAPS. O estudo verificou que os profissionais estavam satisfeitos com o trabalho e se sentem poucos sobrecarregados, mas explicitam pontos negativos que causam insatisfação na execução da atividade laboral. As dificuldades encontradas no serviço são a burocracia, a falta de recursos, a baixa adesão dos pacientes ao tratamento e a internação dos pacientes.

Campos *et al.*, (2009), em um estudo que avaliou os modelos assistenciais, de gestão e formação de um CAPS, evidenciaram que o contato com a loucura, a carência social do usuário, a grande demanda atendida no CAPS, a falta de recursos, o pouco diálogo entre os serviços da rede e a hierarquia institucional são, para os trabalhadores, fonte de sofrimento psíquico. Percebeu-se ainda que as passagens de plantão, as reuniões de equipe e as supervisões são modos que os

trabalhadores têm para lidar e minimizar o sofrimento.

Os fatores relacionados com a organização do trabalho interferem na qualidade do serviço prestado, de modo que a falta de condições adequadas para o trabalho gera um sentimento de impotência nos trabalhadores. Para Martins *et al.*, (2013), esse sentimento leva os trabalhadores a insatisfação com seu trabalho. Para Leão e Barros (2008), a dificuldade que há em fazer com que a rede de atenção preconizada na Reforma Psiquiátrica funcione da forma como está prescrita é uma das causas de insatisfação dos trabalhadores em saúde mental.

No estudo realizado por Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011), os autores apontaram que os trabalhadores demonstraram satisfação e realização com seu trabalho quando se sentem reconhecidos pelos usuários e seus familiares, quando percebem o êxito em um trabalho empreendido e na relação de parceria estabelecida na equipe de trabalho. O prazer também ocorre quando os trabalhadores têm espaço para fazer rearranjos no modo operatório de trabalhar e quando há liberdade de imprimir criatividade na sua atividade.

Costa e Silva (2008) destacam que os trabalhadores do CAPS possuem uma responsabilidade em relação à produção de saúde e do cuidado da vida. O novo paradigma da Reforma Psiquiátrica exige que eles sejam protagonistas no modelo de atenção psicossocial, mas não oferece condições de trabalho adequadas. Os autores concluíram que há uma lacuna no cuidado com a saúde do cuidador, nos CAPS pesquisados havia poucas ações no ambiente laboral voltada à saúde do trabalhador. É necessário considerar que esses trabalhadores estão expostos ao sofrimento humano diariamente e precisam de um espaço no ambiente de trabalho onde possam se restabelecer e dividir a sobrecarga que o trabalho traz. Os trabalhadores apontam onde seriam esses espaços para compartilhar as angústias, nas reuniões de equipe, nas discussões de casos, grupos de estudos e supervisões técnicas. A equipe precisa ser fortalecida para que haja momentos onde o sofrimento psíquico gerado no ambiente de trabalho possa ser dividido com o outro, de modo que alivie as tensões. Nesse sentido, as relações interpessoais no trabalho são de fundamental importância no CAPS.

Outro fator importante que os autores apontam nesse estudo é que os trabalhadores reconhecem a necessidade de cuidar de si para depois cuidar do

outro. Corroborando assim, com outros estudos que apontam a influência do estado saúde mental dos trabalhadores do CAPS no serviço prestado aos usuários.

No estudo realizado por Rebouças *et al.* (2007) para avaliar o nível de satisfação e impacto causado nos profissionais de saúde mental, percebeu-se que o estado de satisfação tem relação com o impacto que o trabalho causa. Quanto maior o nível de impacto menor satisfação o trabalhador tem com sua atividade laboral. As autoras concluíram que mesmo que o grau de satisfação tenha dado intermediário é preciso que o poder público esteja atento as necessidades que há no desempenho da tarefa desses trabalhadores em saúde mental, como a ampliação de recursos humanos e materiais.

Marco *et al.*, (2008), avaliaram o impacto da carga de trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em profissionais da saúde mental, através dos instrumentos IMPACTO-BR, SATIS-BR, SRQ-20 e de um questionário sociodemográfico. Os resultados corroboram com o estudo de Rebouças (2007), para ele os trabalhadores em saúde mental estão satisfeitos com o serviço oferecido aos usuários e em poder trabalhar em equipe, mas ressaltam as condições de trabalho inadequadas as quais esses trabalhadores estão submetidos. Os autores afirmam ser necessário investimento em infraestrutura e aumentar o número de recursos humanos para atender a demanda.

Glanzner (2008), também, ressalta a organização de trabalho do CAPS como fator de risco à saúde mental dos trabalhadores, pois um dos fatores de sofrimento apontados pelos trabalhadores foram as condições e a sobrecarga de trabalho. Há um desgaste no serviço, o número de profissionais é insuficiente para a demanda dos usuários, de modo que os trabalhadores sentem que não há qualidade no serviço oferecido, o que causa frustração já que não se tem como atingir a finalidade do serviço. O número elevado de usuários que são atendidos diariamente é tido como uma sobrecarga e um entrave para a realização de atividades terapêuticas com qualidade, principalmente as mais relevantes para o tratamento desses usuários.

Ainda, para Glanzner (2008), o excesso de trabalho no CAPS, associado ao contato com o sofrimento do usuário leva o trabalhador ao sofrimento quando a

quantidade de usuários é muito superior ao número de profissionais, realidade que não permite que os usuários tenham um profissional de referência como preconiza o projeto terapêutico na Reforma Psiquiátrica brasileira.

Camilo *et al.* (2012) realizaram um estudo para avaliar a qualidade de um serviço de saúde mental, a partir da perspectiva dos usuários, familiares e profissionais. Para isso, utilizaram as escalas SATIS-BR, IMPACTO-BR E FBIS-BR, para os profissionais, acrescentaram ainda, questões qualitativas. Foram observados escores baixos de sobrecarga nos profissionais, porém na análise de itens isolados, o trabalhar com pacientes psiquiátricos demonstrou um nível alto de sobrecarga. O medo de ser agredido, cansaço físico e o desejo de ir para outra área faz com que o trabalhador se sinta sobrecarregado. Os autores ainda destacaram que na avaliação qualitativa fica evidente a necessidade de que aspectos do trabalho real sejam melhorados para a realização efetiva do trabalho, de modo que diminua as angústias e aumente os fatores que proporcionam prazer aos trabalhadores.

Em suma, os estudos demonstram que os trabalhadores em saúde mental sentem satisfação com o trabalho realizado, que há uma sobrecarga baixa de trabalho, mas que há um sofrimento psíquico no trabalho pelo contato com o sofrimento trazido pelos usuários. Tal angústia se agrava pela falta de condições de trabalho, de suporte da rede de atenção psicossocial, de recursos humanos e materiais frente à demanda e uma organização do trabalho inflexível, que não permite que os trabalhadores sejam criativos na execução das tarefas.

Apesar do contato com o sofrimento ocasionado pelos transtornos mentais dos usuários e das dificuldades que a organização do trabalho traz para o cotidiano de trabalho, os profissionais sentem que desenvolvem um trabalho de qualidade e sentem-se satisfeitos com isso. Porém isso não exime o poder público de proporcionar um ambiente de trabalho capaz de suprir a demanda que chega ao serviço.

Sendo assim, é importante destacar que os trabalhadores da saúde mental precisam estar em um espaço de trabalho que proporcione qualidade de vida para poder cuidar dos usuários. Os estudos acima apontam que a sobrecarga sentida por esses profissionais está na necessidade que eles têm de sustentar a Reforma

Psiquiátrica sozinhos; vivem no trabalho a solidão e a cobrança por metas irrealizáveis. Por tudo isso, sentem-se frustrados por não suprirem as expectativas preconizadas nesse novo modelo.

4.4 A Rede de atenção Psicossocial em Porto Velho e os desafios do serviço

Porto Velho não possui todos os pontos de atenção psicossocial que a portaria 3088/2011 prevê e os existentes não têm uma articulação adequada, o que gera uma grande demanda nos CAPS da cidade, pois a população, em geral, tem apenas esse serviço como referência para o tratamento de transtornos mentais. Um exemplo disso, é a procura de atendimento no CAPS quando o usuário está em surto, deveria ser encaminhado ao serviço de urgência psiquiátrica, que hoje é realizado no Hospital João Paulo II.

Segundo a pesquisa realizada por Andrade (2013), a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS em Porto Velho funciona basicamente com os CAPS e a ala psiquiátrica do Hospital de Base. Ela destaca os CAPS que funcionam em Porto Velho:

Porto velho conta atualmente com quatro CAPS em funcionamento, sendo dois CAPS II, um submetido a gestão municipal e o outro a gestão estadual, um CAPS AD, único implantado no estado de Rondônia, sinalizando a fragilidade na constituição da rede de saúde mental. O CAPS mais recente é o CAPS I, implantado em julho de 2012. Salienta-se que tanto o CAPS AD, quanto o CAPS I são gerenciados pela gestão municipal (ANDRADE, 2013, p.46).

A autora descreve essa conjuntura como “pitoresca”. Observa que, nos ambientes dos CAPS de Porto Velho também funcionam os ambulatórios psiquiátricos, situação que sobrecarrega a equipe técnica. Ressalta-se que, na época do estudo realizado por Andrade (2013) havia a promessa de mudança desses ambulatórios, mas tal mudança não foi realizada ainda.

O funcionamento do CAPS e do ambulatório, no mesmo espaço, ocorreu desde a sua implantação, segundo relato da coordenadora² o espaço físico do

² Ela explica detalhes importantes do funcionamento do CAPS: “Aconteceu por questão de espaço físico mesmo, quando fomos inaugurar o CAPS vimos que o espaço também era bom para o

ambulatório era ideal para o funcionamento do CAPS. Essa é uma reclamação recorrente dos trabalhadores, eles apontam esse fator como um dos motivos das dificuldades para realização do trabalho preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

O estudo, realizado por Andrade (2013), concluiu que a Rede de atenção Psicossocial de Porto Velho está desarticulada e não tem uma comunicação efetiva entre os pontos de atenção, apresenta uma grande defasagem pela falta de interação com a rede básica de saúde e não atende as demandas da saúde mental do município.

Sem uma articulação dos pontos de atenção em Porto Velho e sem unidades básicas de saúde que realizem um trabalho adequado com os usuários, a rede não atinge os objetivos da política de saúde mental e os CAPS têm grande demanda, de modo que inviabiliza um atendimento adequado aos usuários e afeta a qualidade do serviço.

Os trabalhadores do CAPS são atores importantes na formação e articulação da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Para compreender as repercussões que a mudança da Reforma Psiquiátrica trouxe no cotidiano, na vivência de cada trabalhador, buscar-se-á no próximo capítulo alguns pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho que dará subsídios à análise teórica dos aspectos da organização do trabalho no cotidiano de trabalho no CAPS.

ambulatório de psiquiatria. E a gestão na época disse que só poderia ter o CAPS, se cedêssemos espaço para o ambulatório. Já teve indicativos de mudança do ambulatório para a Policlínica, mas não aconteceu. Nessa época houve um grande desconforto entre os trabalhadores, todos queriam ficar no CAPS, uns porque gostavam do trabalho no CAPS e, os outros, porque achavam que no CAPS o serviço seria mais tranquilo do que no ambulatório. Ironicamente as pessoas selecionadas para ficar no CAPS foram as que não fazem o serviço CAPS, o que gerou uma revolta (...) uma trabalhadora pediu exoneração". Ainda destacou que: "Eu sei que os dois serviços funcionando no mesmo espaço estão sobrecarregando. Mas não tem o que fazer, eu dividi a equipe em duas, uma é do ambulatório e outra é do CAPS. Só que na prática (...) (expressão de desânimo) tem dias que é muito corrido, então todo mundo faz tudo. Nós aqui da administração saímos da sala e vamos ajudar lá no SAME (refere-se a recepção) ou em outro lugar que precise. Então cumprir à risca essa divisão tem dias que não dá. Fazemos o melhor, tudo que está ao nosso alcance."

5 A SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Este capítulo busca, através de discussões teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, referências para subsidiar importantes categorias de análise do estudo de campo. Para compreender o cotidiano de trabalho, as vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores da saúde mental de um CAPS de Porto Velho é preciso aprofundar conceitos e discuti-los.

A discussão abaixo dará subsídio à compreensão de como o trabalho prescrito repercute na saúde mental dos trabalhadores e de que forma eles desenvolvem estratégias defensivas para ressignificar o sofrimento nas vivências de prazer e sofrimento no trabalho, a partir da compreensão o conceito de organização do trabalho enquanto sistema capaz de facilitar e/ou dificultar os modos de engajamento do sujeito no trabalho. Desse investimento resulta o reconhecimento e outros significados importantes para a saúde física e mental dos trabalhadores.

5.1 A relação trabalho e saúde mental: uma abordagem psicodinâmica

A abordagem da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) faz parte do campo da saúde mental relacionada ao trabalho, que se constitui na tentativa de compreender as relações entre organização do trabalho e trabalhador. Segundo Dejours (2011), a Psicodinâmica do Trabalho fundamenta-se em uma clínica que empiricamente se situa entre patologia e a organização do trabalho, entre sujeito e relações sociais.

A PDT discute a importância do trabalho para a constituição da subjetividade do sujeito. Lancman e Sznelwar (2011) fala que o ato de trabalhar insere o trabalhador no mundo social, é fator de integração a determinado grupo. Além disso, desempenha uma função psíquica, é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados.

O trabalho é o espaço social onde o indivíduo se constitui como sujeito, o lugar onde pode “construir-se a si próprio e confrontar-se perante o mundo” (UCHIDA; LANCMAN; SZNELWAR, 2010 p, 196). Por isso, o trabalho é elemento essencial para saúde do trabalhador. Para Dejours (2011), o trabalho pode promover

saúde ou pode ser um fator patogênico, “O trabalho jamais é neutro, considerado desse ponto de vista. Ou joga a favor da saúde ou, pelo contrário, contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação” (DEJOURS, 2011, p. 164).

Lancman e Sznelwar (2011) salientam que a PDT destacou o conteúdo simbólico do trabalho e as relações subjetivas dos trabalhadores entre si e com sua atividade laboral. Para Uchida Lancman e Sznelwar (2010, p. 199): “O objetivo principal é criar um espaço de circulação livre da palavra, que permita a apropriação do sentido do trabalho, facilitando o processo transformador”.

Essa nova abordagem propõe voltar a atenção ao sofrimento e as defesas contra o sofrimento, pois a psicopatologia do trabalho, abordagem anterior à PDT, tinha como foco as doenças mentais. A PDT apresenta “a passagem da patologia à normalidade” (DEJOURS, 2011, p. 63). Dejours (2011), ao dar ênfase às estratégias defensivas dos trabalhadores, desconsidera a patologia como ênfase e demonstra que a normalidade pode ser produto da dinâmica humana.

Ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica do trabalho abre caminho para as perspectivas mais amplas, que, como veremos, não abordam apenas para o sofrimento, mas, ainda o prazer no trabalho: não somente ao homem, mas o trabalho, não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes da dinâmica interna” (DEJOURS, 2011, p. 64).

Para Uchida, Lancman e Sznelwar (2010), a PDT tem objeto e objetivos complexos, e que a ação proposta por ela só pode ser desenvolvida a partir do engajamento dos sujeitos no processo de vivência dos trabalhadores em seu processo de trabalho. “A normalidade surge, então, como resultado de uma dinâmica entre o sofrimento não patogênico, as defesas psíquicas, as possibilidades de realização entre si e os processos de identificação” (UCHIDA; LANCMAN; SZNELWAR, 2010, p. 195). Sendo assim, a normalidade surge desse processo da dinâmica humana no trabalho. Dejours (2011) salienta que a normalidade é produto da dinâmica humana onde as estratégias defensivas contra o sofrimento ocupam um lugar central.

Sendo assim, a saúde mental sempre comparecerá no trabalho como fator capaz de mobilizar saúde mental, podendo estar relacionado a fatores de

adoecimento no trabalho, ou seja, para Dejours (2011) essa relação ressenete-se de obstáculos cujas origens variadas têm efeitos cumulativos. Sendo assim, para ele o trabalho não é sempre patológico; ele tem, ao contrário, um poder “estruturante” em face da saúde mental e física. Sobre isso Martins (2011) destaca que, na perspectiva da PDT, a saúde mental é fruto de um processo constante, produto de uma dinâmica humana em que as relações intersubjetivas na construção de estratégias defensivas contra o sofrimento ocupam lugar central.

5.2 Estratégias defensivas

As estratégias defensivas são recursos que os trabalhadores utilizam para minimizar a percepção de sofrimento no trabalho, é uma proteção ao psiquismo que permite ao trabalhador permanecer na normalidade e continuar trabalhando (MORAES, 2013). Segundo Gernet (2011), as estratégias defensivas são elaboradas individualmente e coletivamente para atenuar a percepção de vulnerabilidade no trabalho, diante do qual “os trabalhadores constroem e mantêm coletivamente algumas estratégias para se proteger do sofrimento gerado pelos constrangimentos no trabalho, que têm como objetivo principal lhes permitir continuar a trabalhar” (GERNET, 2011, p. 68). Para Dejours (1992), os trabalhadores não permanecem passivos diante das adversidades no ambiente de trabalho, buscam recursos através das estratégias defensivas para lidar com o sofrimento e evitar o adoecimento.

Para a PDT, o encontro do homem com o trabalho gera sofrimento. “O sofrimento inevitavelmente integra o trabalhar, visto o confronto entre o desejo do sujeito e as normas da organização do trabalho” (MORAES, 2013, p. 153). As estratégias defensivas são o modo como os trabalhadores encontraram para lidar com o sofrimento e garantir um equilíbrio, que mesmo sendo frágil e precário, evitam o adoecimento psíquico (DEJOURS; BÈGUE, 2010). A presença das estratégias defensivas ajuda no desvelamento do sofrimento no trabalho, pois os trabalhadores tendem a negar o sofrimento vivenciado na organização do trabalho, e é através das estratégias defensivas que se tem acesso ao sofrimento negado no discurso dos trabalhadores.

O trabalhador exerce sua liberdade através das estratégias defensivas (DEJOURS, 2011). O autor esclarece que essas estratégias são um modo de adaptação às situações concretas, mas que não afastam o risco de alienação e adoecimento. Para Moraes (2013), as estratégias defensivas protegem o psiquismo do sofrimento, mas não promovem a emancipação dos trabalhadores. O risco para a autora é construir um ciclo que, no longo prazo, conduza ao agravamento do sofrimento e ao adoecimento que pretendiam evitar, levando assim a um quadro de descompensação, que denota o fracasso da eficácia da estratégia de defesa.

As estratégias defensivas mantêm o equilíbrio possível por um tempo, mas por não promoverem mudanças aos trabalhadores podem, a longo prazo, agravar o sofrimento e adoecimento que pretendiam evitar. Como as estratégias defensivas mais utilizadas são a negação e a racionalização, os trabalhadores passam a negar o risco à saúde mental que a organização do trabalho pode desencadear.

5.3 Organização do trabalho

O conceito chave para compreender a relação da saúde mental e trabalho é a organização do trabalho. Autores como Dejours (1992); Sato (2003) e Le Guillant (2006) evidenciam que a forma como o trabalho se organiza tem relação com a saúde mental dos trabalhadores. Para Codo (1988), o trabalho pode desencadear distúrbios mentais. Segundo o autor, múltiplos fatores podem influenciar no desenvolvimento dos distúrbios mentais e um deles é a falta de estrutura física que os trabalhadores encontram para executar suas atividades, essa falta pode gerar no indivíduo um sentimento de incapacidade.

Rossi (2012) destaca que o desvelamento da vivência subjetiva fará com que os sujeitos percebam o que na organização do trabalho é fonte de pressões, e o que ocasiona sofrimento. Por isso, o objetivo da PDT “é a elaboração da vivência do sofrimento no trabalho à medida que permite desvendar a vivência subjetiva dos sujeitos em relação à organização do trabalho” (ROSSI, 2012, p. 113).

A relação entre a organização do trabalho e o homem não é rígida como se pensava na psicopatologia do trabalho, ela é dinâmica. Dejours (2011) salienta que esse equilíbrio dinâmico está em contínuo deslocamento, mas em alguns momentos

a dinâmica pode estar travada ou bloqueada. Essa situação não pode durar muito tempo, pois quando não há movimento na dinâmica entre a organização do trabalho e o homem ocorre uma “ruptura da estabilidade” (DEJOURS, 2011, p.70).

Facas e Mendes (2012, p. 80) discutem a forma como a organização do trabalho repercute na atividade laboral, para eles as normas, o tempo e o controle exigido para o desempenho na tarefa, prescrição que nem sempre corresponde à realidade, são elementos que podem interferir no engajamento afetivo-emocional com o trabalho.

Para Rossi (2012), a organização do trabalho quando flexível pode tornar-se mediadora da saúde mental do trabalhador. Para que isso aconteça, é necessário que o trabalho prescrito permita negociação e adaptação entre os desejos e expectativas dos trabalhadores com o que está prescrito. “O trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa” (FACAS; MENDES, 2012, p. 81). Dejours (2011), afirma que não é possível prever tudo que acontecerá na atividade laboral antecipadamente ao trabalho

5.4 Trabalho prescrito e trabalho real

A PDT define o trabalho prescrito como as imposições feitas pela organização do trabalho aos trabalhadores, são as regras, metas e objetivos à serem cumpridas. Para Dejours (2014), a organização prescrita é diferente da organização real do trabalho. O autor ainda acrescenta que é impossível prever tudo aquilo que acontecerá no desenvolvimento do trabalho. Costa (2013) afirma que aquilo que está prescrito nunca é suficiente, e Dejours (1992) corrobora com tal afirmativa, apontando que não se pode cumprir com afinco os objetivos impostos pelo trabalho prescrito.

Quando o trabalho prescrito não pode ser executado pelo trabalhador acontece o trabalho real, que “é a maneira desenvolvida pelo trabalhador para lidar com as situações do trabalho” (COSTA, 2013, p. 468). Para Facas e Mendes (2012), o trabalho real é o momento da execução da tarefa. Dejours (2011) salienta que o trabalho é tudo aquilo que acontece no trabalho real, pois não é o trabalho prescrito que realiza o trabalho e sim a tarefa executada pelo trabalhador, sua ação real.

A diferença entre o trabalho prescrito pela organização e as situações reais de trabalho é considerado o próprio trabalho ou a forma de trabalhar do trabalhador. Nesta lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real encontram-se as contradições, os conflitos, as incoerências e as inconsistências do trabalho, chamados de constrangimentos, pois impõem dificuldades aos trabalhadores (COSTA, 2013, p. 467-468).

Rossi (2012) enfatiza que é na “defasagem” entre o prescrito e o real que acontece o conflito e a tensão para o trabalhador, pois o trabalho prescrito pode não corresponder ao trabalho real. O autor ainda ressalta que para gerir os conflitos é necessário que o ambiente laboral seja favorável à mobilização subjetiva.

5.5 Mobilização subjetiva e o reconhecimento como fonte de prazer

O trabalho para a PDT é a atividade manifestada pelos trabalhadores para realizar o que não está prescrito na organização do trabalho. Para Dejours (2011), o trabalho é aquilo que o trabalhador faz de novo, com criatividade para ajustar-se à organização prescrita, tudo aquilo que precisa ser rearranjado, inventado, imaginado, acrescentado pelos trabalhadores. Para que o trabalho aconteça, é necessário a mobilização subjetiva do trabalhador, ou seja, o emprego da sua inteligência para execução da tarefa.

Por empregar a sua inteligência na organização do trabalho, o trabalhador espera uma retribuição. A PDT afirma que essa retribuição tem valor simbólico para o ego, o trabalhador espera o reconhecimento não por aquilo que ele é, mas por aquilo que ele realiza no trabalho. Dejours (2011) destaca que o reconhecimento passa por dois tipos de julgamento, o de utilidade e o de beleza. O primeiro é o reconhecimento feito pela hierarquia, o segundo é o que o ego reconhece como uma pertença ao coletivo. São por esses julgamentos que, no registro da subjetividade, o trabalhador compreende que está sendo reconhecido pelo outro. Essa retribuição simbólica é o que dá sentido ao trabalho, transformando o sofrimento em prazer.

A atividade laboral não se constitui apenas pelo trabalho individual, ela envolve uma relação social entre os trabalhadores. Dejours (2011) e Gernet (2011) destacam que é no saber-fazer coletivo que cada trabalhador pode empregar sua

inteligência singular, o coletivo de trabalho proporciona que os trabalhadores construam as regras de trabalho. A cooperação vivida no coletivo dá estrutura ao trabalho concreto, de modo que todos os trabalhadores podem colaborar com a execução do trabalho. O sentido do trabalho passa pelo reconhecimento do outro, além disso, proporciona uma significação social ao sofrimento no trabalho. Segundo os autores, a construção da identidade do ser humano passa por suas vias, uma da conquista do erótico e do amor e outra da conquista do “eu” no campo social. Se reconhecido pelo seu trabalho, o trabalhador pode estabilizar sua identidade e diminuir os riscos à sua saúde mental.

Segundo Dejours (2011), a solidariedade no ambiente laboral se dá através do reconhecimento do trabalho e o não reconhecimento do outro leva ao silêncio e à desestruturação do coletivo. O reconhecimento é um fator favorável para saúde mental do trabalhador, pois o sujeito mobiliza recursos importantes para continuar a trabalhar e tem prazer ao realizar seu trabalho.

A mobilização subjetiva é definida por Dejours (2011) como os modos de engajamento do indivíduo no trabalho, é o investimento que ele faz sobre o real para ter prazer na execução do seu trabalho. Para Duarte e Mendes (2013) é a mobilização subjetiva que permite que o trabalhador resgate o sentido do seu trabalho, através da ressignificação do sofrimento. “A mobilização subjetiva é entendida como um processo intersubjetivo que se caracteriza pelo engajamento de toda subjetividade do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho” (DUARTE: MENDES, 2013, p. 260).

A mobilização subjetiva é o movimento do sujeito pela utilização das suas capacidades de pensar, sentir e inventar na sua atividade laboral, com o auxílio da dinâmica do reconhecimento, dá um novo significado ao sofrimento. Essas estratégias de mobilização subjetivas são entendidas como “dimensões do trabalho que implicam a utilização de sutileza, inventividade e ações para transformar, neutralizar, amenizar ou até esconder as adversidades e o sofrimento vivenciados no trabalho” (FERREIRA *Et al*, 2013, p. 101). Os autores afirmam que, a mobilização subjetiva auxilia o trabalhador a enfrentar as restrições do trabalho prescrito e fazer a experiência real do trabalho, desenvolvendo um modo particular de invenção e de usar a capacidade de criação.

A mobilização subjetiva é vivenciada de modo singular, não pode ser prescrita. Permite a transformação do sofrimento por meio da construção do sentido do trabalho e da mobilização da sabedoria criativa, necessária para enfrentar as restrições do trabalho prescrito e fazer a experiência do real. Com isso, o sujeito desenvolve, a partir do seu corpo, um saber fazer singular que caracteriza um modo próprio de criação (FERREIRA *et al*, 2013, p. 103).

Duarte e Mendes (2013) salientam que se há espaço para que a mobilização subjetiva ocorra, o indivíduo consegue afirmar sua identidade, se engaja na sua atividade, se reconhece como sujeito único e é capaz de reconhecer seus colegas de trabalho como sujeitos.

O sofrimento pode transformar-se em prazer em duas condições, quando a organização do trabalho possibilita a engenhosidade do indivíduo e quando é reconhecido no trabalho. Gernet (2011) afirma que o sofrimento se transforma em prazer no trabalho quando o trabalhador dá sentido na tarefa. Por vezes, esse sentido só é dado a partir do outro, do reconhecimento que o outro dá ao trabalho realizado.

Sendo assim, o trabalho pode ser fonte de prazer e sofrimento; a transformação do sofrimento em prazer passa pelo olhar do outro, o reconhecimento que o profissional tem na sua atividade laboral é o que vai dar sentido ao seu ato de trabalhar (DEJOURS, 2011).

É importante destacar ainda, que o trabalho também é fonte de prazer, e a organização do trabalho deve propiciar um ambiente onde os trabalhadores possam transformar o sofrimento em prazer, de modo que isso favorece a saúde dos trabalhadores. O ambiente laboral deve contribuir para o desenvolvimento da coletividade, para que assim haja um espaço de reconhecimento do outro.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento do estudo

A pesquisa está fundamentada na pesquisa qualitativa, de cunho explicativa, que tem como preocupação “[...] identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 1999, p. 44). Para isso, Richardson (1999, p. 90), enfatiza que: “[...] pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados”. Para Thiollent (2005), na pesquisa qualitativa o pesquisador deve ter uma conduta participante e não se transfigurar em um relator passivo daquilo que se estuda.

Como arcabouço teórico o estudo utilizar-se-á da abordagem da Psicodinâmica do Trabalho/PDT, campo de abordagem da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) que se constitui na tentativa de compreender as relações entre organização do trabalho e a subjetividade do trabalhador.

6.2 Local e participantes do estudo

O estudo foi realizado no CAPS II – Madeira Mamoré de Rondônia. O qual foi inaugurado no dia vinte de dezembro de 2002, nas instalações da Policlínica Oswaldo Cruz, e só no ano de 2008 foi transferido para o prédio onde funciona atualmente.

A coordenadora, que está na gestão desde 2005, relatou que a mudança para um prédio adaptado ao serviço oferecido pelo CAPS foi uma conquista da equipe, que se mobilizou para melhorar o atendimento aos usuários. Os trabalhadores acreditavam que um bom espaço físico ajudaria no tratamento dos pacientes.

As dependências do CAPS conta com salas para atendimentos individuais, uma copa, três salas para oficinas, uma sala de medicação, uma sala de reunião, uma quadra, dois banheiros para os usuários, um banheiro para os trabalhadores e, uma sala de espera. Cabe ressaltar que as salas para atendimento individual não são destinadas a um profissional específico.

Atualmente o CAPS dispõe de 46 (quarenta e seis) trabalhadores, 4 (quatro) assistentes sociais, 3 (três) auxiliares de enfermagem, 1 (um) auxiliar em atividades administrativas, 2 (dois) auxiliares operações de serviços diversos, 1 (um) auxiliar oficial de manutenção, 2 (dois) auxiliares de serviços gerais, 3 (três) agentes em atividades administrativas, 1 (um) agente de portaria, 1 (um) administrador hospitalar, 5 (cinco) enfermeiros, 1 (um) fisioterapeuta sanitaria, 3 (três) farmacêuticas, 6 (seis) médicos, 1 (um) motorista, 6 (seis) psicólogos, 1 (um) serviços gerais, 1 (um) terapeuta ocupacional, 3 (três) técnicas em enfermagem. Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores que compõem a equipe multidisciplinar - enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e terapeuta ocupacional.

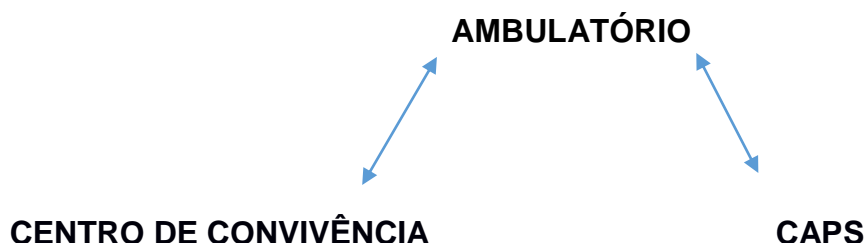
São realizadas mensalmente 1500 (mil e quinhentas) consultas médicas, 800 (oitocentos) atendimentos multiprofissionais e 700 (setecentas) oficinas terapêuticas. No serviço CAPS estão cadastrados 220 (duzentos e vinte) pacientes, porém há três serviços de saúde hoje funcionando: ambulatório, CAPS e centro de convivência.

A equipe se divide em dois turnos, manhã e tarde, mas alguns servidores trabalham nos dois turnos, dependendo da demanda do serviço a ser realizado. Os trabalhadores demonstram flexibilidade nas mudanças de horários quando há necessidade tanto por questões pessoais quanto pela necessidade do trabalho a ser desenvolvido.

O horário de atendimento é das 07h00min às 19h00min, de segunda à sexta-feira. O CAPS onde a pesquisa foi desenvolvida é o mais procurado do Estado de Rondônia, mesmo existindo unidades em outras localidades alguns pacientes ainda se deslocam do interior para fazer o tratamento nessa unidade.

Uma das características marcantes do CAPS estudado é que no centro do serviço ainda está o tratamento medicamentoso e as consultas médicas. Todas as atividades são programadas em função dos atendimentos médicos e das agendas dos médicos. O ambulatório é onde se dá a entrada dos usuários e os encaminhamentos são realizados após a consulta, ao centro de convivência e o CAPS.

Esquema 1: Serviços no CAPS estudado



Existem três atividades médicas hoje dentro do CAPS:

1. O projeto resgatando vidas, que atende pacientes com alta vulnerabilidade social, psiquiátrica e familiar, onde realiza visitas domiciliares e faz o matriciamento HB-CAPS-HB.
2. Atendimento das medidas de segurança.
3. Atendimento ambulatorial e CAPS.

Um ponto que chama a atenção nessa divisão de serviços médicos – lista que fica exposta na sala da coordenação - está na situação de que uma única atividade médica tem outros profissionais da saúde participando junto ao médico, trata-se do projeto resgatando vidas. Isso ficou bem caracterizado durante a pesquisa, a médica da atividade acima citada está sempre envolvida com os outros trabalhadores, enquanto os demais médicos ficam restritos às salas de atendimentos.

As atividades coletivas terapêuticas e de geração de renda oferecidas pelo CAPS são: Projeto literário; oficina de boneca de pano; oficina de artes; oficina de memória; oficina de palhaços; oficina de cadernos; pintura em papel paraná; roda de conversa; pintura em tecido; grupo terapêutico; grupo de yoga; dança circular; coral; quadro com aplicação de retalhos e jogos de tabuleiros.

6.3 Instrumentos da coleta de dados

Uma das técnicas utilizadas na pesquisa foi a aplicação de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE C), com roteiro pré-definido. Trata-se de uma

conversação dirigida a um propósito definido, objetivando obter informações ou mesmo averiguar as afirmações que o entrevistado diz. Manzini (2003) concebe a entrevista semiestruturada como orientada para ser mais focal e objetiva, possuindo um roteiro pré-estabelecido com questões principais, que são complementadas por outros questionamentos que emergirem no momento da entrevista. Para Fraser e Gondim (2004), a escolha pela técnica de entrevista semiestruturada no método qualitativo objetiva assegurar a representação dos significados por aqueles que conhecem e compreendem a realidade a ser estudada. Por questões éticas as entrevistas gravadas em áudio serão eliminadas após a pesquisa.

Ressalta-se que houve dificuldade para realizar as entrevistas (Quadro 1), pois durante o estudo o CAPS atendeu uma grande demanda de usuários e os profissionais não conseguiam “parar” para dar a entrevista. Importante destacar que os nomes dos entrevistados e dos participantes constantes apenas no diário de campo foram alterados visando preservar as suas identidades.

QUADRO 1: Corpos dos sujeitos que participaram das entrevistas

PARTICIPANTE	CARGO
Eduarda	Psicóloga
Lúcia	Terapeuta Ocupacional
Valentina	Enfermeira

Fonte: o próprio

6.3.1 Observação de campo e diário de campo

Outras duas técnicas foram utilizadas para a realização das observações (Quadro 2): as técnicas de observação de campo e a produção de diários de campo. Ambas foram utilizadas pela pesquisadora porque permitiram que a organização do trabalho pudesse ser desvelada durante o estudo, bem como auxiliou na compreensão da vivência diária dos trabalhadores. A pesquisadora fez a observação de campo durante 6 (seis) meses.

O pesquisador pode se inserir no meio em estudo através da observação de campo, Haguette (1997), destaca que essa técnica possibilita a compreensão do meio ao qual o objeto de pesquisa se insere, observando as interações sociais presentes no contexto. O diário de campo possibilita que o pesquisador registre suas

impressões sobre as relações de trabalho, o cotidiano dos trabalhadores e o processo da organização do trabalho “[...] resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos mais variados pontos investigados, dentre outros aspectos” (MINAYO, 2010, p. 295).

QUADRO 2: Corpos dos sujeitos do diário de campo

PARTICIPANTES	CARGO
Carmem	Enfermeira
Eduarda	Psicóloga
Tereza	Assistente Social
Andrea	Assistente Social
Glória	Psicóloga
Lúcia	Terapeuta Ocupacional
Valentina	Enfermeira
Catarina	Psicóloga
Sol	Médica
Rosana	Psicóloga

Fonte: o próprio

6.4 Procedimentos éticos

Inicialmente foi realizada uma reunião com a coordenadora do CAPS II para apresentar o projeto e o termo de aprovação do comitê de Ética da Universidade Federal de Rondônia em 23/10/2015, sob número 45695915.0.0000.5300 (Apêndice trabalhadores D).

Em seguida realizou-se uma reunião com os trabalhadores para explicar a proposta e a importância do estudo. Neste momento, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), após a leitura foi solicitado a participação voluntária dos e organizou-se um calendário para início do acompanhando e observação do cotidiano de trabalho no CAPS II. Os trabalhadores pediram que as entrevistas fossem realizadas após o período festivo do final do ano,

pois muitos trabalhadores estariam de férias. Sendo assim, realizou-se durante seis meses a observação de campo com produção do diário de campo.

6.5 Análise de dados

Após a coleta de dados, todos os depoimentos e observações foram analisados por meio da análise temática (BARDIN, 2011), que propõe explicitar qualitativamente como os trabalhadores percebem seu ambiente laboral. Bardin (2011) afirma que a análise pode ser organizada em um processo de categorização, que é uma classificação de elementos. Esse processo se dá através do agrupamento de elementos comuns nos discursos dos participantes, que pode ser semântico, sintático, léxico e expressivo.

Sendo assim, foi realizada uma leitura flutuante do material transcrito, para tomar contato com sua estrutura, descobrir orientações para a análise e registrar as impressões sobre a mensagem e, logo após, foi dividido em unidades de sentido, por temas, algumas pré-definidas *a priori* e outras, *a posteriori*. Em seguida, após a escolha dos temas, foram reunidos estes em categorias e, logo depois, realizada a síntese. Nesta fase, verificou-se algumas questões que se repetiam no conteúdo manifesto descrevendo as proposições do objeto em estudo.

7. ANÁLISE DE DADOS

O presente tópico traz os dados coletados na pesquisa de campo com profissionais da saúde do CAPS. O referencial teórico da PDT e a Lei da Reforma Psiquiátrica são os aportes para auxiliar a análise dos depoimentos concedidos pelos trabalhadores, a fim de compreender aspectos da organização do trabalho e os efeitos em relação à saúde mental.

Nas falas dos participantes foi possível identificar as mudanças que ocorreram após a Reforma psiquiátrica e como elas acontecem no real do trabalho, entendendo assim como os trabalhadores se mobilizam subjetivamente diante das dificuldades impostas pela distância entre o trabalho prescrito no novo modelo de atenção psicossocial e o trabalho real dos trabalhadores do CAPS deste estudo. Dessa maneira, buscou-se compreender as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, bem como as estratégias defensivas utilizadas para enfrentamento desta realidade.

7.1 Atividade prescrita versus atividade no real do trabalho: “Você corre para um lado, CAPS, você corre para o outro, ambulatório”

O trabalho prescrito é tudo aquilo que está previsto em normas ou regras, as quais devem ser executadas durante a realização da tarefa; segundo a PDT é tudo aquilo que a organização do trabalho impõe aos trabalhadores.

As normas prescritas, para os trabalhadores do CAPS, se encontram na lei da Reforma Psiquiátrica e suas respectivas portarias. Os trabalhadores que participaram do estudo conhecem o que está preconizado na Lei 10.216/2011, entendem que seu trabalho é regido por essa lei. Durante a pesquisa foi possível notar divergência no entendimento dos trabalhadores sobre o que dita a lei e aquilo que eles vivem no real do trabalho.

O CAPS é uma unidade de saúde que oferece atendimento intermediário entre a internação hospitalar e o regime ambulatorial. Segundo a portaria 3.088/2011, o CAPS é um ponto de atenção da RAPS que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-

intensivo e não intensivo. As atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos e de forma articulada com os outros pontos de atenção da RAPS. Essa definição que a Portaria traz em seu texto mostra o que é o trabalho prescrito de um trabalhador do CAPS.

Porém, o que se percebe na rotina de trabalho no CAPS estudado é que existe uma diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Sobre isso Valentina relata: “Nós estamos fazendo todo o serviço da rede, e as pessoas só querem ser atendidas nesse CAPS. A gente encaminha para outros, mas eles insistem em fazer tratamento aqui”.

O trabalho prescrito diz que o cuidado da pessoa com transtorno mental se dá através de uma rede articulada, mas os trabalhadores relatam a dificuldade em dialogar e trabalhar em rede. Carmem desabafa: “Cuidamos dos usuários, estabilizamos, mas quando precisamos da ajuda da rede não encontramos” (CARMEM).

Carmem referia-se a uma situação vivenciada pela equipe, em que a família de um usuário fez um contato com a equipe do CAPS _ pois ele foi internado por causa de uma crise no hospital geral e fugiu do local _ e a equipe de referência desse usuário dirigiu-se ao hospital para saber o que havia acontecido, a qual foi mal atendida e negaram-lhe informações sobre o estado do usuário, situação que causou indignação entre os trabalhadores com a falta de articulação da RAPS em casos como esse.

Não nos respeitam, não respeitam nosso trabalho, o paciente é nosso e nos devem explicações sim! Como que o paciente sai do hospital e ninguém tem uma explicação? Disseram que não tínhamos nada a haver com a situação, como não temos? E a rede? Não é para funcionar mesmo? Não se abrem para o diálogo e depois falam que nós não fazemos o trabalho de CAPS (TEREZA).

A enfermeira fala sobre a dificuldade em trabalhar em conjunto com outros pontos de atenção da rede: “A atenção básica não tem atendido as nossas solicitações, nós encaminhamos, mas não temos resposta, o meu grau de satisfação é só 10%, poderia fazer bem mais” (VALENTINA).

A psicóloga Eduarda relata em sua entrevista sobre a implantação do matriciamento na rede que foram três anos para conseguir efetivar os trabalhos, mas

que apesar dos avanços ainda enfrentam dificuldades no diálogo e na pactuação entre os pontos de atenção da rede.

O apoio matricial com o HB, que é conversar com eles sobre os pacientes que estão saindo de alta. Faz dois, três anos que estamos fazendo esse trabalho e o que eu sinto é que é um trabalho vertical, a equipe de lá do HB quando o paciente tá saindo eles contam com os serviços substitutivos para cuidar para não ter a ciclagem de voltar sempre. Nós quando precisamos do hospital para internação temos essa barreira, eles não abrem mesmo tendo essa conversa, tem esse barreira “tem que seguir o fluxo, tem que ir para o João Paulo”, mesmo com a avaliação do nosso psiquiatra indicando internação eles pedem avaliação do JP II, um médico que nunca viu a cara do paciente vai dar o veredito se o paciente entra ou não, mesmo fazendo reunião periódica nós não conseguimos quebrar isso, ainda é assim, o hospital é bem fechado, os profissionais de lá são bem fechados enquanto a isso, uma vitória eles deixarem a gente entrar para fazer reunião” (EDUARDA).

Cabe ressaltar a importância da cooperação entre os trabalhadores da rede de atenção psicossocial, pois sem essa cooperação a rede se rompe e o trabalho desenvolvido em qualquer ponto de atenção se torna ineficaz para o tratamento do usuário. Em uma rede de saúde é fundamental que os trabalhadores cooperem para que a rede funcione.

Para a PDT, a cooperação acontece quando o coletivo de trabalho se mobiliza para atingir um objetivo, ela se torna efetiva quando os trabalhadores contribuem com a organização do trabalho de forma espontânea e não prescrita, ou seja, a cooperação não está dita nas regras, ela precisa ser um movimento, um desejo dos trabalhadores para cooperar coletivamente. Ghizoni (2013) destaca que a cooperação não advém daquilo que é imposto, mas da liberdade de cada trabalhador para construir a vontade coletiva, é um esforço para atingir aquilo que é comum no grupo e nunca será um produto mecânico da organização do trabalho.

O trabalho de todos em prol de um objetivo comum se faz ainda mais necessário quando o sistema está sobrecarregado e as demandas se multiplicam, já que o CAPS abrange uma série serviços e o pesquisado está trabalhando além da sua capacidade tendo em vista que atende usuários que deveriam estar em outras unidades da rede. Tal assertiva fica patente na fala da servidora Lúcia, a qual relata que a unidade tem atendido um grande número de usuários que não se encaixam no

atendimento de um CAPS, como descrito na portaria 3088.

[...] porque o paciente que vem para o CAPS é um paciente estabilizado, um paciente que está bem, exceto alguns que estão sempre entrando em crise, os pacientes que eu falo, que são os que frequentam as oficinas, não entram em crise faz muito tempo (LÚCIA).

Os trabalhadores do CAPS são constantemente cobrados a cumprir aquilo que está previsto na Reforma Psiquiátrica, mas o trabalho real desses trabalhadores demonstra uma defasagem entre o que está prescrito e o que é possível realizarem dentro da organização do trabalho. Para Dejours (2011), é nesse momento que o trabalho real acontece, quando o que está nas prescrições não pode ser executado, esse é o real do trabalho. Ferreira, Martins e Macêdo (2015) afirmam que o real do trabalho é parte da realidade que confronta os trabalhadores com um sentimento de impotência, mostra-se como uma surpresa desagradável, de modo que gera decepção e uma sensação de desamparo.

Tô cansada, muito cansada! A gente trabalha, trabalha e não vê resultado. Não tem estrutura, não tem condições de trabalho e quando a bomba explode é em cima da gente. São muitos anos trabalhando na Saúde Mental do Estado, já não aguento mais (CARMEM).

Os trabalhadores relatam que há muitas dificuldades para trabalhar na atual situação do CAPS, pois o ambulatório faz com que o CAPS fique sempre lotado, impossibilitando o desenvolvimento do que se preconiza para o atendimento CAPS, conforme observado no desabafo de Andrea:

“O CAPS tá sempre assim lotado, você atende, atende e parece que não acaba o fluxo de gente, é gente de tudo quanto é lugar” (ANDREA).

Eduarda acrescenta:

Apesar do quantitativo de psicólogos, o formato do processo de trabalho, como foi organizado isso aqui não me dá subsídios para desenvolver meu trabalho adequadamente, por quê? Por conta dessas duas demandas, desses dois serviços com duas portarias diferentes, uma é o CAPS e a outra é o ambulatório [...]. São serviços

muito diferenciados, o ambulatório é um serviço que não permite um trabalho interdisciplinar, ele é multi porque tem vários profissionais, mas não preza por um trabalho interdisciplinar (EDUARDA).

Ela relata a dificuldade de realizar seu trabalho no CAPS diante da demanda do ambulatório:

[...] demanda do profissional muito, muito, muito, muito tempo, planejamento e como eu vou fazer isso se eu estou atrelada ao ambulatório? Porque ninguém vai me dispensar de fazer trabalho ambulatorial e eu não acho justo também, eu não acho justo eu sair para fazer o trabalho que eu gosto e deixar meus colegas aqui fazendo o trabalho chato que é o ambulatório, eles também fazem outras tarefas em relação ao CAPS e fazem ambulatório e eu não acho justo. É como se eu estivesse abandonando e desconsiderando que eles sofrem tanto quanto eu. Então eu fico nessa luta interna, querer fazer, gostar de fazer uma coisa que são os procedimentos do CAPS e ter que fazer outra também. Poderia deixar de fazer? Poderia, não vou fazer mais atendimento ambulatorial e dividir meu tempo de trabalho, minhas 30 horas semanais nos projetos que eu tenho do CAPS. Eu poderia fazer isso, mas eu não fiz porque eu acho injusto com quem fica, tá todo mundo no mesmo barco (EDUARDA).

A organização do trabalho do CAPS estudado não funciona em conformidade com aquilo que está no trabalho prescrito, não só pela ineficácia da rede, mas também pelo funcionamento do ambulatório psiquiátrico dentro do CAPS. A Reforma Psiquiátrica preconiza que todo o cuidado à pessoa portadora de transtorno mental seja realizado em rede, nessa rede teria vários pontos de atenção onde um complementaria o trabalho do outro, assim o usuário receberia um tratamento adequado. O estudo de Andrade (2013) demonstrou que a RAPS de Porto Velho não funciona em conformidade com a Reforma Psiquiátrica, a desarticulação e a falta de comunicação efetiva, apontadas pela autora, ficaram evidente também no presente estudo, o que inviabiliza a realização do trabalho prescrito no CAPS estudado.

Para PDT, é nessa ruptura do prescrito que surge o real do trabalho, é nesse momento que o trabalhador se depara com a realidade e com o fracasso do que foi proposto pelo prescrito. Ferreira (2013) afirma que o real do trabalho se apresenta diante da contradição daquilo que está prescrito e daquilo que de fato o trabalhador

vivência, é o fracasso das prescrições que desafia à compreensão do sujeito e aquilo que ele é capaz de realizar. O autor ainda destaca que o trabalho prescrito desestruturado ou não estabelecido pode gerar sofrimento.

Quando Eduarda fala da frustração que é ver um paciente ser internado novamente ela tenta se conscientizar/racionalizar que o hospital geral também faz parte da rede e do cuidado ao portador de transtornos mentais: “Tenho tentado me conscientizar que o hospital também é um dispositivo da rede, que pode ser utilizado, deve ser utilizado quando for necessário” (EDUARDA).

Para Ferreira (2013), uma das dimensões do trabalho real é a compreensão de que trabalhar é também compartilhar o trabalho com os outros, isso é fundamental no trabalho do CAPS, pois o tratamento dos usuários é responsabilidade de uma rede e não só dos trabalhadores do CAPS.

Os trabalhadores relatam a ineficiência da rede e que para não prejudicar o trabalho que eles conseguem desempenhar no CAPS os trabalhadores acabam assumindo outras responsabilidades que não são suas: “Como não atender? Nós sabemos que a rede não funciona e os pontos de atenção não são tão eficazes no trabalho, a culpa não é do usuário, por isso atendemos quem vem aqui” (CARMEM).

Segundo Amarante (2007), o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é estabelecer alianças sociais para a construção de um atendimento psicossocial. Para que o trabalho do CAPS seja eficaz e cumpra os objetivos propostos pela Reforma é necessário que a RAPS funcione. Silva (2010) afirma que o CAPS é o dispositivo que busca progressivamente afastar o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais do ambiente hospitalar, mas para que isso ocorra precisa estar inserido numa rede articulada que proporcione a continuidade do trabalho e dê suporte ao tratamento oferecido no CAPS.

No estudo realizado por Cavalcante (2008) a autora aponta que a transformação do modelo de assistência às pessoas com transtorno mental possui muitos desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores da saúde mental por ser um modelo aberto e participativo. Para que o novo modo de trabalhar altere as práticas do CAPS é preciso um engajamento das instituições envolvidas com a saúde mental, bem como, mudanças nas práticas institucionalizadas nas relações de trabalho e no modo de compreender a saúde mental pelos profissionais

envolvidos.

A Reforma Psiquiátrica pressupõe um sistema integrado onde o diálogo na RAPS é fundamental para que o trabalho nos pontos de atenção aconteça. A fala dos trabalhadores no CAPS estudado revela que há falta de diálogo e integração da RAPS em Rondônia, de modo que o trabalho prescrito não pode ser realizado e no trabalho real os trabalhadores estão sobrecarregados pela falta de uma rede articulada.

7.2 A sobrecarga de trabalho e o sofrimento transbordando: “hoje está daquele jeito! Sem tempo para respirar e piscar”

A PDT considera que a sobrecarga, as pressões e ritmo intenso de trabalho podem resultar em patologias sociais advindas do trabalho. Para Carvalho e Moraes (2011), tais patologias se dão pela intensificação do trabalho e quando a carga de trabalho se torna muito maior do que capacidade da pessoa. Monteiro e Jacoby (2013) salientam que a sobrecarga não é apenas o excesso da quantidade de trabalho, mas deve ser levada em consideração a avaliação que o trabalhador tem das suas atividades, nesse sentido as questões subjetivas são relevantes para compreender a sobrecarga de trabalho.

Os trabalhadores do CAPS relataram durante todo o período da pesquisa o quanto a demanda por atendimento aumentou no último ano. Houve dificuldade de realizar as entrevistas do estudo, pois os trabalhadores não conseguiam um tempo “livre” para conceder seus depoimentos. Depois de um tempo de observação foi possível perceber que os próprios trabalhadores, apesar de identificarem o aumento da demanda, não tinham noção do número de atendimento que realizavam. Sobre isso Valentina reflete: “A demanda aumentou muito nos últimos meses. Olha hoje, é sexta, está chovendo e só tem um médico atendendo e tem muita gente para ser atendida” (VALENTINA)

Diante da dificuldade de arrumar um horário para as entrevistas os próprios trabalhadores perceberam que estavam em um ritmo de trabalho acelerado. Questionados se eles tinham ideia do número de atendimentos que realizavam durante o mês alguns deram palpite de números, outros disseram não saber ao

certo, mas ninguém sabia afirmar um número exato.

Em uma conversa sobre a atual rotina de trabalho do CAPS, os trabalhadores fizeram as médias de atendimentos mensais e o quantitativo era muito superior ao número que eles haviam cogitado, chegavam a atender mensalmente 1.500 (hum mil e quinhentas) consultas médicas, 800 (oitocentos) atendimentos multiprofissionais e 700 (setecentas) oficinas terapêuticas. Uma trabalhadora brincou em seguida:

Talyta do céu, se você não tivesse aqui observando nós nem perceberíamos como aumentou o número de atendimento, a gente chega aqui e vai atendendo, vai embora, volta, atende, estamos nos perdendo nessa rotina maluca. (TEREZA).

Outra trabalhadora acrescentou:

Você podia fazer um relatório e encaminhar para a secretária, se não tivermos um aumento de salário pelo menos conseguimos mais trabalhadores para o quadro (ROSANA).

Os trabalhadores CAPS estão trabalhando em ritmo tão acelerado que, não percebem sua própria rotina de trabalho. Agem dessa forma para não sentirem a sobrecarga, não refletem sobre como realizam suas atividades, com um ritmo de trabalho acelerado vão tornando suas tarefas automatizadas, não percebem nem mesmo o sofrimento que essas vivências ocasionam.

Eduarda relata que uma das causas do sofrimento vivido pelos trabalhadores do CAPS advém da sobrecarga de trabalho que eles vivenciam, para a trabalhadora ter dois serviços, o de ambulatório e CAPS, faz com que o trabalho não tenha uma identidade, eles não sabem o que são e o que fazem, gerando m desgaste e levando ao sofrimento coletivo. O trabalho para Eduarda é “Esquizofrênico” (sic), ou seja, é um grande risco de adoecimento.

Primeiramente dividir esse serviço, porque é muito sofrimento, muito sofrimento para o profissional, é esquizofrênico. Você vive na corda bamba, você corre para um lado CAPS, você corre para o outro ambulatório. Na verdade eu acredito que essa é a origem de todos os nossos sofrimentos, não haver essa distinção, essa é a origem de todos, a sobrecarga vem por conta dos dois serviços, porque são dois serviços, tudo vai ser em dobro, então sobrecarrega, mas você

ter um modelo definido a seguir, hoje eu tenho dois modelos, eu optei por um, eu optei pelo CAPS, mas a gente precisa fazer ambulatório também, então acho que a primeira coisa para melhorar, o que amenizaria muito é a gente decidir o que a gente é, a gente não tem identidade, esse é um serviço que não tem identidade, nós não podemos falar que nós somos CAPS, lá na frente é CAPS, mas nós não somos CAPS, nós não podemos falar que somos ambulatório, porque nós não somos ambulatório. Então quem nós somos, o que nós fazemos? O que nós queremos fazer? Isso é muito preocupante, isso é muito desgastante, muito mesmo! Se as pessoas entendessem o quanto isso pesa para a gente já teriam separado (EDUARDA).

O que Eduarda traz em seu depoimento é que o sofrimento dos trabalhadores não é reconhecido por quem pode mudar a atual situação do CAPS estudado. A sobrecarga e o sofrimento dos trabalhadores poderia ser amenizado se os atuais gestores separassem os serviços do ambulatório e do CAPS, pois ambos têm objetivos diferentes e, por vezes, suas rotinas são contraditórias.

Sendo assim, estas vivências causam sofrimento ao trabalhador, visto que acontece quando a organização do trabalho não permite que o trabalhador se reconheça como sujeito nessa organização. Para Dejours (2011), quando a energia pulsional não acha descarga na realização da tarefa ela se acumula no aparelho psíquico, de modo que causa desprazer e tensão.

Outro fato apontado entre os trabalhadores do CAPS como determinante no sofrimento é a falta de reconhecimento no trabalho. Sobre isso, Dejours (2007) afirma que o reconhecimento é decisivo na mobilização subjetiva, o trabalhador emprega sua inteligência e espera ser reconhecido pela organização do trabalho. Quando não há espaço para o reconhecimento surge o sofrimento.

No início do estudo no CAPS uma das trabalhadoras ao saber da pesquisa disse: “Nós estamos precisando de socorro!” (EDUARDA)

Carmem relatou sobre o cansaço que os trabalhadores do CAPS estavam sentindo. Com lágrimas nos olhos disse estar exausta, carregada e precisando de um tempo para descarregar. Quando falou de como estava cansada apontou para a cabeça e disse: “Tá cansado aqui, oh! É muita coisa, muita coisa” (CARMEM). Quando foi questionada se poderia contribuir com uma entrevista para a pesquisa ela disse: “Vou tirar férias primeiro preciso descarregar, depois das férias eu vejo se falo. Se eu for falar agora não vai prestar” (CARMEM).

Outra trabalhadora visivelmente abalada chorou e disse que os trabalhadores do CAPS estavam passando por tempos difíceis: “Nossa situação tá triste, você chegou em uma boa hora, vai sair um trabalho bonito” (EDUARDA)

A trabalhadora relatou que está sofrendo muito, está estressada e que teria se exaltado até com os usuários e colegas dias antes do início da pesquisa. Disse ter consciência do que estava acontecendo com ela, o sofrimento dela era pelo atual momento do CAPS, a sobrecarga de trabalho, pacientes sendo internados e o afastamento de um colega. Ela relatou:

“Muitos pacientes estão reincidindo na internação, isso é frustrante! Você não vê o seu trabalho acontecer, se o paciente não estabilizar, me sinto impotente” (EDUARDA).

Sobre a ausência de um colega de trabalho que foi afastado depois de um grave acidente: “Fiquei assim depois do acidente do Antônio, ele era meu suporte aqui dentro, ele dividia comigo o peso da carga” (EDUARDA).

Para a PDT o reconhecimento no trabalho passa pelo olhar do outro, no CAPS a psicóloga e o enfermeiro afastado eram conhecidos como a “dupla dinâmica”, pois estavam sempre movimentando o atendimento do CAPS e incentivando os outros colegas. Quando a Eduarda relata que perdeu o seu suporte, ela perdeu aquele que a motivava a se mobilizar e a reconhecia dentro da organização do trabalho. Ela se sentia abandonada sem o seu colega de trabalho: “Não tenho mais o meu companheiro para me ajudar, fiquei sozinha para dar conta do trabalho.” (EDUARDA)

Destaca-se a colaboração existente entre Eduarda e o colega, pois quando há colaboração no ambiente de trabalho o trabalhador não se sente só, tem com quem compartilhar seus receios diários e suas capacidades. Ghizoni (2013) preconiza que quando acontece a cooperação morre a individualidade e surge o coletivo. Trabalhadores se empenham para desenvolver a mesma tarefa, o coletivo se esforça para atingir um objetivo comum.

Para Lima (2013) o coletivo de trabalho é a prática de construção das regras comuns de trabalho, não é apenas um grupo de pessoas, é o lugar onde as inteligências individuais podem ser empregadas para soluções de possíveis problemas no ambiente de trabalho. A autora afirma que o coletivo de trabalho se

constrói a partir da cooperação. Sem coletivo de trabalho não há reconhecimento, a fala de Eduarda evidencia o seu sofrimento por não ter mais o apoio que recebia do colega de trabalho, era no coletivo de trabalho que ela resolvia os problemas decorrentes da sua atividade laboral e se sentia reconhecida pelo que fazia. Sem a colaboração do coletivo de trabalho, há sofrimento.

Segundo Moraes (2013), o sofrimento faz parte e integra o trabalhar, pois quando o trabalhador se depara com a realidade do trabalho ele vivência o fracasso da distância entre o prescrito e o real. Sendo inevitável a experiência com o sofrimento.

Questionada sobre suas condições de trabalho, Lúcia relata que se sente frustrada quando planeja as atividades para o tratamento dos usuários, mas não pode executar por falta de materiais básicos.

Eu me sinto frustrada, porque a gente sabe que seria interessante, eles ficariam bem, ficariam estimulados, seria uma forma de aprender um ofício que poderia sobreviver, ajudar na renda deles, porque muitos não têm nem benefício e os que tem benefício são pobres, só como benefício não tem como ter uma boa qualidade de vida [...], a gente quer desenvolver um trabalho melhor para eles e não consegue (LÚCIA).

Eduarda também compartilha do sentimento da colega de trabalho em relação as condições de trabalho:

Eu fico muito frustrada, mas eu não deixo de fazer, eu não deixo de fazer porque eu não tenho material, a gente não deixa de atender ninguém porque eu não tenho sala, isso é real, o espaço físico não comporta dois serviços, não comporta o número de profissionais que tem aqui, essa unidade é pequena, era para ser CAPS, não CAPS e ambulatório (EDUARDA).

A falta de um espaço físico adequado para o atendimento gerou um conflito na equipe desencadeando sofrimento em uma das trabalhadoras. Segundo relato dos trabalhadores, Catarina está adoecida, ela foi até o secretário e relatou a situação que estava vivendo no CAPS e isso gerou instabilidade na equipe. Catarina alega que algumas pessoas da equipe impedem o seu trabalho, ela não tem espaço físico para atender e não se sente valorizada como profissional pela equipe.

Eles estão me hostilizando, me isolando, me deixaram sozinha na equipe porque eu tenho coragem de falar sobre o que acontece aqui, só porque eu reivindiquei um local para atender meus pacientes. Eu estou sofrendo muito com essa situação, mas não vão fazer comigo o que fizeram com outros aqui. Estou chorando, desculpa, mas eu preciso falar, preciso chorar, estou sozinha. Tive que tirar férias e usar umas licenças que eu tinha porque eu já não aguentava mais. No final do ano fizeram uma festa de final de ano, pregaram na parede os nomes dos que iriam participar da festa com uma observação “só pode participar os nomes que estão na lista” e o único nome que não estava na lista era o meu. Depois disso precisei de um tempo (CATARINA).

Catarina, depois de um atendimento estava exaltada e relatou estar sofrendo assédio de outros colegas durante os seus atendimentos. A mesma relatou que o guarda da instituição estava próximo à porta para impedi-la de usar a sala. Tal fato já ocorrera outras vezes, segundo relato da trabalhadora. Outro colega tentou amenizar a situação dizendo que a coordenação já estava resolvendo o “problema da sala”.

Não tem condições de trabalhar dessa forma, nem eu e nem meus pacientes temos privacidade durante o atendimento, eu preciso de uma sala, de um *setting* terapêutico. Todo atendimento alguém entra para trabalhar (CATARINA).

No estudo realizado por Monteiro (2011) com trabalhadores da saúde ela destaca dois fatores na organização do trabalho que podem fazer com que o trabalhador tenha vivências de sofrimento, as condições de trabalho e as relações de trabalho. Para a autora tanto a insegurança que a falta de condições físicas ocasiona quanto as relações desagradáveis produzem efeito na saúde do trabalhador.

Sem condições de trabalho e relações de trabalho instáveis é difícil haver ambiente para que os trabalhadores sejam reconhecidos quando empregarem sua inteligência na organização do trabalho, o que para Dejours pode causar um sofrimento patológico nos trabalhadores. Dejours (2007) afirma que o trabalhador deseja que seu trabalho seja reconhecido e que seu investimento no trabalho não seja frustrado.

O número de trabalhadores é insuficiente para atender os usuários do CAPS estudado e levou uma trabalhadora a afastar-se, a buscar no isolamento estratégias

para amenizar seu sofrimento.

Uma das técnicas administrativas deixou seu posto de trabalho. O fato aconteceu após uma discussão com um usuário. Segundo relato dos outros trabalhadores o CAPS estava num dos dias de “cão” (ANDREA), lotado, usuários impacientes e trabalhadores sem conseguir dar conta da demanda. Um usuário se irritou com a demora e começou a ofender a trabalhadora. Ela então disse: “não preciso disso” pegou a bolsa e foi embora. A trabalhadora é técnica administrativa, trabalha no SAME, local que os trabalhadores denominam “faixa de gaza”.

Hoje o SAME tá estilo FAIXA DE GAZA, nem chega lá perto [...] menina, aqui que é o local da loucura, a nossa faixa de gaza e os trabalhadores que surtaram eram daqui e é o pessoal do SAME que tem maior contato com os pacientes, com a loucura do serviço. São os escudos, apanham mais que todo mundo (GLÓRIA).

A trabalhadora ficou afastada durante seis meses e não queria voltar ao serviço do CAPS:

“Ela não ligou, não atende o telefone. Eu entendo estamos atendendo o dobro do que está previsto para nosso atendimento. É muita gente para pouco funcionário e no dia ela estava sozinha no SAME” (ROSANA).

Esse afastamento gerou sofrimento e desestabilidade da equipe. Eduarda relata a volta da colega de trabalho como um momento de dor e reflexão sobre o sofrimento e o adoecimento que acontece com os trabalhadores do CAPS.

A colega do SAME, ela se afastou por um bom período, ela ficou seis meses afastada, voltou, aí quando ela voltou ela teve uma crise de choro, ela chorava e tremia, ela não queria ficar. A gente acolheu muito, assim a gente acolheu. Aí eu senti tanto, eu senti muito assim a gente chorou com ela, sabe? De pensar será que é a gente que tá fazendo isso com nossos próprios colegas? (CHORO), mas não é a gente. A gente pensa assim, hoje é ela amanhã sou eu (CHORO FORTE) isso é muito forte, ver o adoecimento do colega e ter certeza que amanhã é você. Por que? Porque o modelo não vai mudar tão cedo e as pessoas vão se afastando, as pessoas perdem muito aqui e elas são deixadas de lado, elas não servem mais para cá, porque elas deixaram de produzir, elas não servem mais para cá então elas têm que ir para outro setor, fazer uma coisa completamente diferente que não tem relação nenhuma (EDUARDA).

Sobre o sofrimento de Eduarda, é possível recorrer ao que diz Dejours (2011), o qual afirma que trabalhar é se confrontar com o real, esse confronto com a realidade gera sofrimento que pode ser patogênico, causador de adoecimento. O relato de Eduarda revela que ao se defrontarem com a realidade da colega de trabalho os outros trabalhadores sofreram porque temem adoecer, pois estão expostos ao mesmo ambiente que levou a colega a ser afastada do trabalho. No estudo realizado por Moraes, Vasconcelos e Fonseca (2013) eles verificaram que o sofrimento no trabalho também está relacionado ao afastamento por doença, visto que há uma dificuldade de reinserção no ambiente de trabalho. Tal afirmativa fica evidente na fala de Eduarda, os que adoecem ou demonstram sofrer no trabalho são deixados de lado porque deixam de produzir e contribuir para a equipe, ainda, o medo de ser contagiado pelo sofrimento do outro leva ao isolamento, visto que ela se torna uma ameaça para o grupo. Além disso, o medo de não ser produtiva e capaz de atender as demandas da rotina do CAPS levam a naturalização dos estados vivenciados pelo grupo.

Neste sentido, observa-se na rotina do CAPS uma intensa sobrecarga de trabalho, situação que leva os trabalhadores ao estado generalizado de sofrimento e, para lidar com isto, os trabalhadores costumam construir estratégias para minimizar ou negar esse sofrimento.

7.3 As estratégias defensivas e o sofrimento dos profissionais da saúde no CAPS: “Amanhã eu vou faltar! Há um acordo, não é um acordo dito”

As estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas e são contidas nas entrelinhas dos depoimentos dos trabalhadores da saúde, como a fala da Eduarda, acima. Estas estratégias são importantes recursos psicológicos utilizados para a adaptação do sujeito no trabalho, bem como para a construção de acordos coletivos que possam vir a amenizar o sofrimento. Dejours diz que “trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento” (DEJOURS, 2007, p. 103). Nesse sentido, trabalhar não passa apenas pela experiência individual, mas também por tudo aquilo que o grupo

vivência diariamente.

No CAPS estudado foi possível verificar que os trabalhadores se utilizam de estratégias defensivas coletivas para suportarem a sobrecarga de trabalho existente na organização do trabalho.

A pesquisadora acompanhou durante seis meses a rotina de trabalho dos profissionais da saúde; nesse período pode perceber que os trabalhadores estavam em ritmo acelerado. Eles não conseguiam “parar”, em todas as conversas com a pesquisadora eles estavam fazendo algo relativo ao trabalho, prontuários sempre em mãos, a todo momento surge um caso para debater, uma dúvida para ser sanada e a própria dinâmica do CAPS faz com que a todo instante os usuários estejam conversando com os trabalhadores. A aceleração do ritmo de trabalho é uma forma de não ter um tempo para perceber o que acontece na organização do trabalho. Moraes (2013) afirma que as estratégias defensivas são recursos que os trabalhadores constroem para minimizar a percepção do sofrimento, é uma forma de proteger o psiquismo e continuar trabalhando. A autora afirma que as estratégias coletivas podem ser mais eficazes que as individuais, pois contam com a união do coletivo de trabalho.

Houve muita dificuldade para realizar as entrevistas com os trabalhadores, a princípio pode-se inferir que os trabalhadores estavam resistentes a falar sobre a organização do trabalho, mas com o decorrer da pesquisa e a observação de campo ficou evidente que os trabalhadores não podiam dispor do tempo de trabalho para falar. Sobre isso a Lúcia relata: “Talyta, vamos ter que fazer durante o lanche porque se formos esperar um momento livre você não terminará sua pesquisa” (LÚCIA).

O falar aqui não diz respeito apenas às entrevistas, os trabalhadores não encontram mais tempo para discutir sobre o processo de trabalho. A aceleração do ritmo de trabalho é uma das características do processo de trabalho do CAPS estudado.

Para a PDT a aceleração é uma estratégia de defesa. Rego (2013) afirma que trabalhar de forma acelerada é um modo de se defender, a aceleração é conveniente tanto para o trabalhador que se defende quanto para a gestão, pois um trabalhador acelerado é útil para a produtividade preconizada nas práticas neoliberais. O autor ainda destaca que acelerar a cadência de trabalho faz com que

o contato do trabalhador com sua tarefa seja superficial. No CAPS foi possível notar que a aceleração possibilitou que os trabalhadores não se reunissem mais como coletivo de trabalho para discutir as questões relativas às tarefas executadas. Lúcia deixa claro a rotina diária:

Ultimamente nós não temos tido muito tempo para se reunir, agora parece que o fluxo aumentou absurdamente, quando a gente pensa que vai diminuir aparece mais gente, tem paciente que não vinha fazia tempo e estão retornando e a gente não tem tido muito tempo e ainda nossa equipe não está completa, já saiu uma psicóloga, tem gente de licença médica. A gente tenta reunir, mas nunca é tranquilo, sempre tem um paciente te chamando, tem alguém chamando. Dizer assim: vamos nos reunir meia hora, não dá, dizer que ninguém vai te chamar. A gente conversa quando? Quando a gente tá aí a gente lanchando, conversa sobre um paciente, tira dúvidas, mas para sentar mesmo...a gente sempre programa para fazer um estudo de caso, mas a gente não tem tido realmente tempo, tem que ser no intervalo mesmo (LUCIA).

Quando questionada sobre se o grupo se reunia, Eduarda relata:

A gente procura, a gente não tem assim, antes a gente tinha na sexta – feira, como cresceu muito a demanda a gente acabou não fazendo mais reunião porque não tinha mais horário para sentar, não tinha tempo, a gente sentava e tinha, os profissionais acabam se levantando para sair e atender e a gente deixou de fazer essas reuniões regulares (EDUARDA).

Valentina afirma que não tem tempo para o grupo conversar, pois têm sempre pacientes esperando atendimento:

Ultimamente não temos nos reunido, nós não estamos mais fazendo grupo de estudo em função da correria, quando precisa se junta no balcão do SAME, para uns minutinhos e fala, colega senta aqui, nem isso dá, porque enquanto tu tá atendendo três aqui, já tem um sentado ali esperando (VALENTINA).

Percebe-se na fala das trabalhadoras que a condição de não se reunir para falar sobre a organização do trabalho é recente. Eles se reuniam, porém com o aumento da demanda não é mais possível. Além disso, há aceleração da cadência de trabalho, os trabalhadores estão sempre fazendo mais de uma atividade ao mesmo tempo.

Observa-se que, o não se reunir, o não falar, o não encontrar um espaço para a reflexão com os colegas não acontece apenas pela falta de tempo ou pela demanda de trabalho, trata-se de uma estratégia defensiva. São estratégias defensivas utilizadas pelo grupo para amenizar o sofrimento de estar fazendo uma atividade a contragosto, a do ambulatório no CAPS. Estas atividades contrariadas impõem restrição às capacidades criativas dos profissionais no trabalho, e ainda, representam uma ruptura com os desejos, anseios e entendimentos do que deveria ser realizado na instituição.

Segundo a coordenadora as últimas reuniões geraram muitos conflitos entre os trabalhadores:

Não temos tempo para nos reunir, mas isso acabou sendo bom, porque nas últimas reuniões só saía discussões e conflitos. Iniciava o conflito e tínhamos que fazer outra reunião para resolver o conflito. Um deles, que começou numa reunião, dura até hoje (ROSANA).

Tereza completou: “Ficou até mais tranquilo, menos confusão, já não nos entendíamos nas reuniões” (TEREZA).

Observa-se que a capacidade do grupo de buscar estratégias eficazes para amenizar a situação está rompida, visto que, elas são importantes para a proteção da saúde mental do trabalhador. Dejours (2007) afirma que as estratégias defensivas coletivas ajudam aos trabalhadores a continuarem suas funções na organização do trabalho ainda que essas tragam constrangimento e sofrimento.

Sendo assim, as reuniões que deveriam ser um espaço de construção passam a ser lugar de conflitos entre os trabalhadores. O ritmo de trabalho e os constantes conflitos tornam-se motivos para não se reunir mais, é a forma que o grupo encontrou para manter-se trabalhando em ritmo intenso e acelerado e buscar um equilíbrio, mesmo que mínimo, mas importante para suportar a tensão e sobrecarga do dia-a-dia.

Outra estratégia defensiva usada pelos trabalhadores do CAPS estudado são as faltas.

A galera falta para caramba, falta mesmo, toda semana falta um, mas porque eu não reclamo de falta e nem aponto a falta de ninguém? Porque eu entendo que esse é o meio que as pessoas

acharam de se proteger, de se proteger disso aqui, às vezes a pessoa não falta por motivo de doença, falta para resolver alguma coisa burocrática, prefere ficar lá cinco horas na fila do banco esperando do que vir para cá, prefere, prefere (EDUARDA).

Valentina diz que quando está no seu limite falta:

Quando estou no meu limite, quando vejo que estou somatizando eu aviso aos colegas e falto. Paro tudo e vou me cuidar. Eu sei que eu somatizo o estresse que a gente vive no CAPS então preciso de uma parada. Aviso para os colegas e falto (VALENTINA).

Moraes (2013) diz que as estratégias coletivas precisam passar pela aprovação do grupo de trabalho, o grupo tem que consentir tal estratégia como regra de conduta. Os trabalhadores do CAPS encontraram nas faltas uma forma de atenuar a percepção do sofrimento que a confrontação com a realidade do trabalho provoca; faltar uma vez por semana permite que eles continuem a trabalhar, é um tempo que o coletivo permite que cada trabalhador se restabeleça do sofrimento que a organização do trabalho proporciona, bem como o encontro com o sofrimento do outro no atendimento aos pacientes do CAPS. Para Gernet (2011) essa estratégia faz com que os trabalhadores permaneçam na normalidade.

Eu não sei se todos entendem isso, mas há uma pactuação, há um acordo, não é um acordo dito “oh, gente vamos fazer assim!” em nenhuma reunião ninguém acordou isso, ninguém falou isso. É uma coisa que tá implícita, ela tá implícita nas faltas. O que a gente acordou é de não deixar o outro na mão, tem que avisar “amanhã eu vou faltar” então eu sei que eu vou ter que me virar e eu sei que semana que vem eu vou faltar (EDUARDA).

Dejours (1992) afirma que as estratégias defensivas são inconscientes. Diante daquilo que faz sofrer, os trabalhadores constroem essas estratégias sem precisar falar do sofrimento. Dejours e Gernet (2011) afirmam que elas são inconscientes, pois o sofrimento é negado e é justamente no desvelamento das estratégias que o trabalhador reconhece o sofrimento experimentado na organização do trabalho.

Os trabalhadores relataram sobre a falta de uma médica, ela tem se ausentado constantemente sem avisar aos outros trabalhadores e isso gera tumulto

entre os usuários que esperam por horas. Sobre isso Glória relata: “Temos que ouvir absurdos pela falta dos médicos, eles faltam, atrasam e não avisam. Aí fica aqui com cara de tacho” (GLÓRIA).

Há médicos comprometidos com os usuários e com os objetivos do CAPS, mas, percebe-se que as ausências deles também são estratégias defensivas individuais, usadas para se afastar do usuário e dos outros trabalhadores, faltar com o intuito de retomar-se a si próprio para proteger-se do sofrimento do outro. Sobre isto, Lago & Codo (2010, p. 7, 8) descrevem que os profissionais da saúde que lidam com o atendimento que tem como demanda o sofrimento, sentem-se frequentemente fatigados mentalmente e acabam sentindo medo, sofrimentos similares aos dos pacientes, para os autores, estes estados explicam-se pelo fato destes profissionais se importarem com a dor do outro.

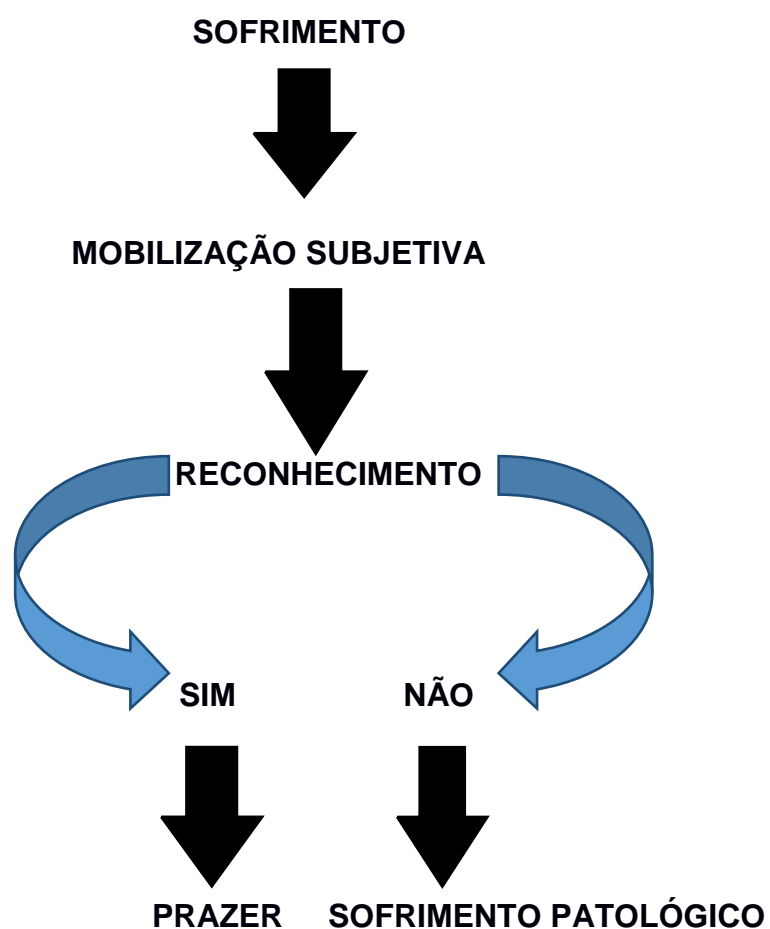
Sendo assim, as estratégias defensivas ajudam os trabalhadores a defender-se do sofrimento, porém ficar fixado nas estratégias defensivas faz com que os trabalhadores não reconheçam os sofrimentos e o adoecimento psíquico que as relações de trabalho na instituição podem gerar. Moraes (2013) alerta que essa adaptação ao sofrimento pode levar o trabalhador a alienação e não promove a mobilização transformadora que proporciona o prazer ao trabalhador, agravando assim o sofrimento. Corroboram com esta posição Mendes e Marrone (2011), que alertam que o uso em demasia pode levar a exaustão e mantém a ideologia de que os trabalhadores devem sempre ser produtivos sem levar em consideração as causas do sofrimento.

7.4 Mobilização subjetiva, reconhecimento e prazer no trabalho do CAPS: “É a melhor sensação que existe”

O esquema 1 demonstra que a mobilização subjetiva envolve o engajamento subjetivo do trabalhador na organização do trabalho, ele emprega sua inteligência para contribuir com o coletivo de trabalho e esperar a retribuição da organização do trabalho. Duarte e Mendes (2013) evidenciam que o sujeito tem o desejo de ser reconhecido e se empenha para isso, com a mobilização subjetiva ele busca sua identidade, não é só executar uma tarefa, é antes de tudo deixar sua marca, dar vida

ao trabalho. Para os autores quando há espaço para a mobilização os trabalhadores podem se engajar, serem reconhecidos e se reconhecerem como sujeito únicos para organização do trabalho, isso possibilita a transformação do sofrimento em prazer.

Esquema 2: Psicodinâmica do processo de transformação do sofrimento em mobilização subjetiva do trabalho.



Dejours (2007) afirma que o reconhecimento dá sentido ao sofrimento, depois de mobilizar-se o trabalhador espera passar pelo juízo de beleza e de utilidade, reconhecido em suas habilidades, angústias, dúvidas, decepções e seus esforços, assim o sujeito passa a constituir sua identidade. O reconhecimento no trabalho confere ao trabalhador a certeza de ter uma identidade, para PDT as crises psicopatológicas estão centradas em crises de identidade.

Eduarda relata que quando começou a trabalhar no CAPS não sabia como funcionava o trabalho, foi estudar para compreender a Reforma Psiquiátrica e o trabalho de um psicólogo na saúde pública, logo se deu conta que o serviço do CAPS não funcionava de acordo com o que estava prescrito. Ao ter essa percepção, Eduarda se mobilizou para que ela e a equipe modificassem o atendimento oferecido aos usuários.

No começo quando eu entrei aqui há seis anos atrás o que eu achava primordial era trazer para dentro do serviço esse novo modelo, eu acreditei muito, eu acredito que o modelo de atenção psicossocial neste serviço era negligenciado, não fazia nenhuma terapêutica, não fazia nada, nenhuma ação, naquele momento eu acreditei, precisava organizar em relação a isso com a equipe [...] então acabou que a gente conseguiu construir, a gente não sabia nada, acho que por isso a gente conseguiu construir, organizar nosso serviço, atender de outra forma esse paciente, discutíamos bastante, fazíamos muita reunião, muita reunião de equipe e como ninguém sabia fazer, então vamos aprender e já tá rolando mesmo deixa rolar, vamos aprender, vamos tentar organizar. A gente teve grandes avanços, consegui implantar o acolhimento aqui, hoje o acolhimento é nosso carro chefe, é o que eu tenho mais orgulho ter implantado o acolhimento, naquele momento eu achava que era o mais necessário, hoje eu acredito que é maior, hoje eu acredito que é um trabalho em rede, assim como eu acredito que não dá para a gente trabalhar sozinho dentro do serviço hoje eu acredito que não dá para trabalhar na rede sozinho e qual meu movimento em relação a isso? (EDUARDA)

O relato de Eduarda demonstra que ela e os outros trabalhadores mobilizaram suas inteligências para construir um serviço de qualidade para os usuários, eles conseguiram, como coletivo de trabalho, implementar o acolhimento.

Lúcia diz que se sente frustrada quando tenta empregar ideias na organização do trabalho e as condições de trabalho limitam sua prática. “[...] Nós temos várias ideias, até para gerar renda para eles, né? De estampar camiseta, mas não temos verba mesmo, não temos verba.” (LÚCIA)

A organização do trabalho precisa possibilitar aos trabalhadores espaços para que eles se mobilizem e consigam ver que suas ideias são reconhecidas como construtivas para o processo de trabalho. Para Lima (2013) o reconhecimento é uma retribuição dada ao sujeito que contribuiu com sua inteligência na Organização do trabalho. Para que haja reconhecimento é preciso ter um coletivo de trabalho, o

autor afirma que o coletivo é o espaço onde se constrói as formas de trabalhar e todo julgamento passa nesse espaço.

Por isso, a mobilização das subjetividades é tão importante para a saúde mental dos trabalhadores. Dejours (2011) afirma que se não houver tal mobilização ocorrerá a frustração do direito à contribuição e conseqüentemente não haverá a dinâmica do reconhecimento.

No CAPS estudado os trabalhadores se veem reconhecidos quando percebem a melhora de um paciente, sentem que seu trabalho tem valor diante da sociedade quando conseguem devolver a dignidade e humanidade ao sujeito com algum sofrimento psíquico. Ao falar de sua atividade e das dificuldades que enfrenta no seu trabalho Andrea se emocionou ao mencionar a recuperação de um usuário. Ele tem esquizofrenia e quando começou o tratamento não falava, com o a intervenção da equipe o usuário voltou a se comunicar com a família e a equipe.

Ele só ficava deitado, não interagia com ninguém e era agressivo. Era um daqueles casos que a gente não sabe por onde começar. Ontem quando fomos fazer a visita domiciliar, ele estava limpando a frente da casa da família, nos recebeu com muita alegria, nos contou de sua melhora, que estava ajudando em casa, que estava conversando com o pai e o irmão. Fizemos a medicação e ele conversando, no final ele agradeceu pelo que fizemos por ele, a mãe dele disse que nós salvamos o filho dela (CHORO). Sabe nesses momentos sinto que meu trabalho é importante para alguém, aí esqueço as dificuldades e tenho mais vontade de trabalhar, me sinto feliz e realizada com o que faço. Eu ajudo a resgatar a dignidade das pessoas, é como devolver a vida a quem tinha perdido as esperanças. É gratificante (ANDREA).

Sobre a satisfação em ver a melhora de um usuário do CAPS Sol relata:

É a melhor sensação que existe, você vê uma pessoa que chegou aqui com um transtorno grave estar estabilizada, voltando ao convívio social e familiar. É quando eu olho e falo vale a pena todas essas dificuldades que enfrentamos no dia a dia (SOL).

No estudo realizado com trabalhadores de Saúde Mental, Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) constataram que o reconhecimento do usuário e êxito do tratamento são formas de satisfação e prazer no trabalho realizado no CAPS. O relato de Andrea e Sol também demonstram que o prazer que elas

encontram no trabalho está em ter seu trabalho reconhecido pelos usuários e familiares. Quando a organização do trabalho permite que elas desempenhem suas atividades e o trabalho que elas realizam tem eficácia para o usuário elas sentem prazer com aquilo que fazem.

Para Lúcia o seu ambiente de trabalho é um ambiente de sofrimento, onde as pessoas chegam muitas vezes sem esperança e todos os dias eles lidam com a dor humana. Porém, quando ela vê que seu trabalho transforma essa realidade de sofrimento sente prazer com aquilo que faz.

Eu me sinto bem gratificada, porque eu costumo dizer que quando eu trabalhava com criança, eu trabalhava com crianças autistas, eu atendia um garoto de oito anos eu passei seis meses jogando a bola para ele e ele nunca me devolveu a bola [...] seis meses e depois eu joguei a bola e ele pegou a bola, não foi automático, mas ele reagiu a minha ação e eu fiquei muito feliz, a mesma coisa aqui. Eles dizem que quando vem para cá esquecem todos os problemas, aqui é muito legal, a gente se distrai, a gente ri. Como eles falam: a gente trata eles como pessoas e isso para mim é gratificante, porque eles não veem um distanciamento, eu não fico a cima deles, porque eu sou a profissional. É tanto que as vezes eles falam “ah, doutora” eu falo “que doutora o que, me chama de Lúcia (LÚCIA).

No CAPS estudado a linha entre o sofrimento e o prazer é muito tênue. Ao mesmo tempo que o sofrimento transborda, o prazer em cuidar do outro também existe. Eduarda relatou uma confusão ao falar do seu trabalho e ao tentar explicar porque não pede para mudar de serviço, pois ela se sente triste, mas também feliz com seu trabalho:

O meu marido fala: [...] mas se você não gosta de lá, se tá te fazendo mal, se você reclama tanto, por que você não pede para sair então? Eu penso, é mesmo, por que eu não peço para sair? Eu não sei por que eu não peço para sair. Porque eu gosto, Talyta que horror, você vai ter que me analisar agora, eu gosto mas também não gosto, é horrível. Eu gosto de trabalhar, tudo isso que eu falei para você eu gosto, mas eu odeio também tudo isso, porque acontece tudo ao mesmo tempo as coisas, eu não consigo nem separar. Eu não consigo dizer os momentos que eu tô feliz e realizado dos momentos tristes, é tudo entrelaçado, eu não consigo separar as coisas vão acontecendo entrelaçadas e se misturam dentro da gente. Então quando ele me questiona, porque eu reclamo muito para ele, falo dos sofrimentos daqui e ele fala porque você não pede para sair para ir para outro lugar? Eu falo que gosto também. Ele fala, mas como? Ele

não entende e nem eu entendo. É horrível, é horrível, é horrível isso. Porque eu sei que se eu for para o hospital eu não vou ser feliz como eu sou aqui, mas sei que vou ser menos triste, ah sei lá, eu nem sei o que te dizer em relação a isso (RISADAS) (EDUARDA).

Para a PDT sofrimento e prazer são indissociáveis, “O sofrimento pode andar lado a lado com o prazer” (DEJOURS, 2011, p. 189). Muller e Mendes (2013) afirmam que o trabalho pode contribuir para que o sofrimento vivenciado na organização do trabalho se torne fonte de prazer. Para isso, é necessário que o ambiente de trabalho proporcione a construção da cooperação entre os trabalhadores, dê espaço para que eles se mobilizem subjetivamente e haja um coletivo de trabalho para que o reconhecimento aconteça. A fala de Eduarda deixa claro que há sofrimento e prazer no trabalho do CAPS e que, por vezes, os sentimentos se misturam de tal forma que não se pode dizer em que momento um começa e o outro termina.

Pelo exposto, fica evidente que o prazer e a saúde mental dos trabalhadores perpassa pela dinâmica do reconhecimento e pela capacidade que cada trabalhador tem de se mobilizar subjetivamente. É importante que haja um ambiente favorável para que tal dinâmica aconteça, não é evitar o sofrimento ou as adversidades que acontecem na organização do trabalho, mas dar possibilidade que o sofrimento se transforme em prazer, de modo que os trabalhadores não adoçam.

8 CONCLUSÃO

Antes de qualquer conclusão é necessário evidenciar que a Reforma Psiquiátrica é um processo de transição de um modelo que exclui a pessoa portadora de transtornos mentais para um modelo que visa a inclusão social, ou seja, passa por questões ideológicas, políticas e econômicas. Por isso, essa transformação é lenta, gradativa e depende de fatores culturais e sociais. É importante salientar que é um modelo para que as dificuldades encontradas na implantação da Reforma não se tornem argumentos para afirmar que a desinstitucionalização da loucura é um fracasso.

Ainda não podemos falar de excelência no atendimento ao portador de transtornos mentais, mas são inegáveis os avanços alcançados nos últimos anos no tratamento ofertado a essas pessoas. Um tratamento humanizado que visa a participação efetiva dos usuários e de seus familiares, bem como a inclusão social e o resgate de direitos.

Em Rondônia, fica evidente o protagonismo dos trabalhadores do CAPS na implantação do novo modelo de Atenção Psicossocial, por isso a importância de compreender as consequências das mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental dos trabalhadores.

Uma das mudanças propostas pela Lei 10.216/2001 é a ruptura com o modelo de tratamento centrado no hospital, nesse sentido propõe-se um modelo de atenção psicossocial onde o usuário é protagonista do seu tratamento. O cuidado deveria acontecer em rede, de modo que a pessoa com transtorno mental seja atendida em suas necessidades de forma integral. No presente estudo podemos verificar que a RAPS não tem dado o suporte necessário para os trabalhadores do CAPS, no Estado não há todos os pontos de atenção preconizados da Portaria 3088/2011 e os que têm não funcionam com efetividade. Isso faz com que a responsabilidade pela atenção à Saúde Mental fique restrita ao CAPS, de modo que gera uma sobrecarga de trabalho nos trabalhadores.

Os relatos demonstraram que a RAPS não funciona com eficácia e que os trabalhadores do CAPS precisam realizar o trabalho que é da competência de outros pontos de atenção. Desse modo, pode-se afirmar que aquilo que está previsto no

trabalho prescrito para um CAPS na portaria 3088/2011 e na Reforma Psiquiátrica não se cumpre no trabalho real dos trabalhadores do CAPS estudado. Um dos fatos mais evidentes é que no ponto de atenção CAPS funcionam outros dois pontos, o ambulatório de psiquiatria e o centro de convivência. Além disso, os trabalhadores realizam em alguns casos o trabalho referente às Unidades Básicas de Saúde. A falta de diálogo e de um trabalho em rede causa desgaste nos trabalhadores do CAPS que assumiram toda a responsabilidade da RAPS, pois apenas o cuidado oferecido no CAPS não atende com integralidade a pessoa portadora de transtornos mentais.

Essa vivência no real do trabalho de ter mais de um serviço faz com que gere uma sobrecarga de trabalho. Os trabalhadores do CAPS estão trabalhando no seu limite, estão visivelmente estressados e cansados, isso faz com que eles tenham conflitos entre eles e com os usuários. Não conseguem mais se reunir para discutir sobre a organização do trabalho, o que não propicia que eles percebam o que estão vivendo diariamente como coletivo de trabalho. A sobrecarga vivida pelos trabalhadores tem causado sofrimento, pois com o excesso de trabalho e responsabilidades eles acreditam que o que fazem não é suficiente para atender as demandas dos usuários do CAPS.

Além disso, o sofrimento dos trabalhadores se dá pela falta de compreensão das instâncias superiores; para os trabalhadores há um descaso daqueles que poderiam mudar a realidade vivida hoje no CAPS. O estudo de Andrade (2013) sobre a RAPS já apontava para as dificuldades do CAPS ofertar dois serviços distintos, mas nada foi feito até então para mudar tal realidade. O CAPS no qual foi objeto de estudo é uma instituição com várias identidades, por vezes contraditórias: não é somente CAPS e nem ambulatório de psiquiatria, realidade que leva os trabalhadores a não se reconhecerem dentro dessa organização do trabalho, situação que conduz os profissionais da saúde a estados de sofrimento por não terem uma estrutura capaz de atender as demandas de CAPS e de ambulatório. Durante a pesquisa foi possível verificar que o CAPS também funciona como um centro de convivência, pois pacientes estabilizados frequentam o CAPS diariamente por não terem atenção de outros pontos da rede. Isso gera sofrimento nos trabalhadores, porque eles acreditam que esses usuários não precisam estar

cronificados no CAPS e os trabalhadores poderiam dar mais atenção aos usuários que realmente precisam do serviço CAPS.

Para lidar com o sofrimento causado pelo trabalho real, no CAPS, os trabalhadores criaram estratégias defensivas para continuarem trabalhando. Os profissionais da saúde não realizam mais reuniões periódicas para não se defrontarem com o real do trabalho, uma estratégia de defesa coletiva para evitar conflitos e não falar das sobrecargas das tarefas diárias. Outra estratégia utilizada são as frequentes faltas no trabalho, os trabalhadores sabem que há uma permissão do coletivo para faltar, tal permissão é legitimada por todos, que utilizam dessa estratégia para reestabelecer suas energias e desequilíbrios advindos da sobrecarga dos serviços no CAPS. Sendo assim, as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores são internalizadas e consentidas pelo grupo. Esse vivencia a negação daquilo que acontece no real do trabalho e utiliza de defesas para minimizar o sofrimento que o trabalho traz.

O sofrimento, de acordo com a PDT, transforma-se em prazer através do reconhecimento. Quando o trabalhador se mobiliza subjetivamente para realizar as tarefas diárias e, é reconhecido por isso, ele sente que foi recompensado, o que gera prazer e saúde mental. Essa psicodinâmica do reconhecimento acontece diariamente e é fundamental ao bem-estar no trabalho. No CAPS, os trabalhadores investem suas energias para que a Reforma Psiquiátrica aconteça e os usuários tenham um tratamento humanizado. Eles são os protagonistas da implantação do matriciamento, que é uma importante estratégia para que aconteça o trabalho em rede. Além disso, implantaram o acolhimento, uma escuta que é feita pelos trabalhadores aos usuários que chegam na instituição.

Para os trabalhadores estas ações foram fundamentais para as mudanças preconizadas no novo modelo de atenção psicossocial do CAPS, entretanto, mesmo com as dificuldades encontradas pela falta de uma rede estruturada, os trabalhadores buscam estratégias para modificar a forma de atendimento aos usuários. Assim, na medida em que suas ações são reconhecidas pelos colegas, família e o próprio usuário, os profissionais sentem-se mobilizados e engajados a continuar na luta pelas mudanças preconizadas na reforma psiquiátrica em curso no nosso país. O prazer relatado pelos trabalhadores por trabalhar no CAPS se dá

quando os usuários melhoram dos sintomas apresentados e os trabalhadores percebem que o trabalho realizado promove mudanças. Segundo os trabalhadores, essa é a melhor sensação que existe e faz com que todo esforço da equipe seja recompensado. O reconhecimento dos usuários e dos familiares são fundamentais para saúde mental dos trabalhadores do CAPS.

Sendo assim, compreende-se que o coletivo de trabalho é um dos elementos fundamentais dentro da organização do trabalho para que não haja adoecimento dos trabalhadores. Quando o trabalhador mobiliza sua inteligência para empregá-la na sua atividade ele precisa do reconhecimento da organização para sentir-se recompensado e assim sentir prazer com aquilo que faz. Sem cooperação no coletivo de trabalho não há reconhecimento, ou seja, uma atividade laboral que preconiza a individualidade não poderá proporcionar aos seus trabalhadores prazer e saúde mental (esquema 2).

Esquema 3: Psicodinâmica da relação entre cooperação/reconhecimento/prazer no trabalho.

COOPERAÇÃO ENTRE TRABALHADORES



CONSTRÓI

COLETIVO DE TRABALHO



ACONTECE O RECONHECIMENTO



PRAZER

Os trabalhadores da saúde no CAPS denunciaram através dos depoimentos a intensa aceleração do ritmo de trabalho, a diferença que há entre o trabalho prescrito e real, a sobrecarga de trabalho, a defasagem na RAPS, os constantes conflitos que vem desestabilizando os trabalhadores e o coletivo de trabalho, trazendo as crises de choro, ansiedade e transtornos mentais.

Além de ser importante para a dinâmica do reconhecimento, o coletivo de trabalho também é fundamental para a estruturação das estratégias defensivas e para a emancipação dos trabalhadores numa organização do trabalho que gera sofrimento patológico.

Os trabalhadores do CAPS estudado conhecem aquilo que a Reforma Psiquiátrica preconiza como forma de tratamento às pessoas portadoras de transtornos mentais. Compreendem as mudanças que ocorreram do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial e a importância dessas para um tratamento humanizado, trabalham mesmo sem condições de trabalho adequada para implantarem o novo modelo e sofrem com a sobrecarga que o processo de transição de modelo ocasiona. Tal sobrecarga se dá pela ineficácia da RAPS no Estado de Rondônia, sendo que o CAPS funciona hoje como três serviços, atendendo uma demanda elevada de usuários. Os trabalhadores demonstraram um sofrimento que transborda por entender que os usuários poderiam ter uma assistência mais eficaz e por estarem trabalhando de forma acelerada prejudicando o atendimento necessário.

Em suma, reitera-se que, para trabalhar de acordo com o novo modelo de atenção psicossocial os trabalhadores precisam de uma definição de qual serviço são os protagonistas, se o ambulatório de psiquiatria ou o CAPS, pois assim, direcionariam melhor suas ações e cada usuário teria atendimento conforme sua necessidade, visto que os critérios para definir onde cada usuário vai ser atendido são diferentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P, F.; SANTOS, N, S. Notas Sobre as Concepções de Clínica e Ética na Reforma Psiquiátrica Brasileira: Impasses e perspectivas de uma Prática em Construção. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.21, n.3, p.20-29, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000300004. Acesso em 10 de Nov. 2014.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ANDRADE, S. V. **A rede de atendimento em saúde mental de Porto Velho e a atuação da psicologia: desafios e perspectivas**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho. 2013.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO –BR. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 56, n.4, p.280-286, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000400007. Acesso em 01 de Out.2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836. Acesso em: 16 Nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216** de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 Jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 11 de Out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1112763088.html>. Acesso em: 13 Nov. 2015.

CAMILO, C. A.; BANDEIRA, M.; LEAL, R. M. A. C.; SCALON, J. D. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Caderno Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.82-92, 2012. Disponível em: http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf. Acesso em 05 de Nov. de 2015.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; FERRER, A. L.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e saúde mental. **Revista saúde mental**, v.43, n.1, p.16-22, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>. Acesso em 28 de Set. de 2015.

CARVALHO, G. M.; MORAES, R. D. Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus. **Psicologia em revista**. v.17, n.3, p. 465-482, 2011. Disponível em : [file:///C:/Users/10c2/Downloads/2393-13815-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/10c2/Downloads/2393-13815-1-PB%20(1).pdf) . Acesso em 02 de Jun. de 2016.

CAVALCANTE, L. M. S. **Estudo do sofrimento psíquico de profissionais de saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial Fortaleza –CE**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração), Universidade Federal do Ceará, p. 139, 2008.

CODO, W. Saúde Mental e Trabalho: Uma Urgência Prática. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília: CFP p. 20 - 24, 1988.

COSTA, I. I.; SILVA, E. A. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção psicossocial de Goiânia/Go. **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, v.14, n.1, p.84-106, 2008. Disponível em: http://www4.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093318.pdf. Acesso em 03 de Out. de 2015.

COSTA, I. I.; SILVA, E. A. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latino Americana de Psicopatologia**. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000400007&script=sci_arttext. Acesso em 10 de Nov. 2014.

COSTA, S. H. B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: MENDES, A, M; MERLO, A. R. C; VIEIRA, F.O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá editor, p. 467 - 471, 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Brasília: paralelo 15, 2010.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**, contribuições da escola Dejuriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: 2011.

DIEMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, n.6, p.69-83, Jun.2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272006000100007&script=sci_arttext. Acesso em 10 de Nov. 2014.

DUARTE, F. S.; MENDES, A. M. Mobilização subjetiva. In: MENDES, A, M; MERLO, A, R, C; VIEIRA, F, O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá editora, 2013. P. 259 - 262.

FACAS, E. P.; MENDES, A. M. Transgressão do trabalho prescrito como estratégia para transformar o sofrimento- estudo da inteligência prática. In: MENDES, A, M. ET AL. **psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, p. 77 - 92, 2012.

FERREIRA, J. B. *et al.* Entre A mobilização subjetiva e a subtração do desejo: estudos com base na psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá, p. 101 – 118, 2013.

FERREIRA, J. B. Real do trabalho. In: MENDES, A, M.; MERLO, A, R, C; VIEIRA, F, O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 343 - 350, 2013.

FERREIRA, J. B.; MACÊDO, K. B.; MARTINS, S. R. Real do Trabalho, sublimação e subjetivação. In: MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. N. **Trabalho e prazer: teoria, pesquisas e práticas**. Curitiba: Juruá, p. 33 - 49, 2015.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. UFB - **Revista Paidéia**, 14 (28), p. 139 -152, 2004.

GERNET, I. Psicodinâmica do reconhecimento. In: MENDES, A, M. *et al.* **psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, p. 61-76, 2011.

GHIZONI, L. D. Cooperação. In: MENDES, A, M.; MERLO, A, R, C.; VIEIRA, F, O. In: **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 99 -102, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLANZNER, C. H. **Avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um centro de atenção psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 2008.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.3, p.716-721, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300024&script=sci_arttext. Acesso em 11 de Nov. 2014.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

JAKES, M. G. O nexo causal em saúde/ doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.1, p. 112-119, 2007. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea15> . Acesso em 24 de Set. de 2015.

LAGO, K.; CODO, W.. **Fadiga por compaixão**: o sofrimento dos profissionais da saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LANCMAN, S.; SZNEKWAR, L. I. (orgs). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc.**, v.17, n.1, p.95-106, 2008.

LE GUILLANT, Louis. **Escritos de Louis le Guillant**: Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LIMA, S. C. C. Reconhecimento no trabalho. In: **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 351 - 355, 2013.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cadernos brasileiros de Saúde Mental**, v.4, n.8, p. 73-82, 2012. Disponível em www.stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/ind. Acesso em 01 de Fev de 2016.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003.

MARCO, P. F.; CÍTERO, V. A.; MORAES, E.; MARTINS, L. A. N. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Revista Brasileira psiquiatria**, v.57, n.3, p. 178-183, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 10 de Out. de 2015.

MARTINS, S. R.; BOTTEGA, C. G.; VASCONCELOS, A. C. L.; SOBOLL, L. A. P.; MORAES, R. D.; HORST, A. N.; FACAS, E.; MERLO, A.R.C. Construindo identidade narrativas históricas da Psicodinâmica do Trabalho no cenário Brasileiro. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O sujeito no trabalho**. Curitiba, Juruá, p. 25 - 40, 2013.

MARTINS, S. R. **Tempo antes de adoecer**: Relações entre saúde e os processos psicodinâmicos do reconhecimento do trabalho. In: MENDES, A. M. Trabalho & saúde – O sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá, p. 184, 2011.

MATTOS, C. B. M. de; SCHLINDWEIN, V. L. D. C. Excelência e produtividade: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicol. Soc.** [online], vol.27, n.2, p. 322 -331, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDES, A. M.; MARRONE, C. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A, M. ET AL. **psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, p. 29 - 52, 2011.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Revista psicologia, organização e trabalho**, n.2, v.12, p. 245-250, 2012. Disponível em: www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1984-66572012000200009. Acesso em 10 de Ago de 2016.

MONTEIRO, J. K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A, M. *et al.* **psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, p. 335 - 345, 2011.

MONTEIRO, J, K.; JACOBY, A. R. Sobrecarga de trabalho. In: MENDES, A, M.; MERLO, A, R, C.; VIEIRA, F, O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 405 - 408, 2013.

MORAES, R, D. Estratégias Defensivas. In: MENDES, A, M.; MERLO, A, R, C.; VIEIRA, F, O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 153 - 157, 2013.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L.; FONSECA, P. J. Sofrimento, sobrecarga e adoecimento no trabalho: pesquisas realizadas no polo industrial de Manaus In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá, p. 201 – 2014, 2013.

MULLER, T.C.; MENDES, A. N. Prazer no trabalho. In: MENDES, A, M; MERLO, A, R, C; VIEIRA, F, O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 289 - 292, 2013.

PAULON *et al.* Da loucura de trabalhar com a loucura: notas acerca dos (des)cuidados na saúde mental. In: **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, p. 189 – 209, 2014.

PELISOLI, C; MOREIRA, A. K.; KRISTENSEN, C. H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental. **Mental**, n. 9, p. 63 - 78, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272007000200005&script=sci_arttext. Acesso em 26 de Set. de 2015.

RABELO, V. M.; TORRES, A. R. R. Trabalhadores em Saúde mental: Relações entre Práticas Profissionais Bem-estar Físico e Psicológico. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.25, n.4, p. 614-625, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-&script=sci_arttext. Acesso em 09 de Jul. de 2015.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 44-50, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5992.pdf>. Acesso em 15 de Set de 2015.

REGO, V. B. Aceleração. In: MENDES, A, M; MERLO, A, R, C; VIEIRA, F, O. **Dicionário crítico de Gestão e psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 33-37, 2013.

RIBEIRO. M, A. Atelier de Trabalho para Psicóticos: Uma possibilidade de atuação em Orientação Profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.18, n.1, p.12-27, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000100003. Acesso em 27 de Jan. de 2015.

RIBEIRO. S, L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.24, n.3, p. 92-99, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>. Acesso em 05 de Nov. de 2014.

RIBEIRO, A. M. Uma Reflexão Psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicologia USP**, v 16, nº 4, p. 33-56, 2005. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642005000300003&script=sci_arttext. Acesso em 26 de Jan. de 2015.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, E. Z. Método de pesquisa em psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, A. M. ET AL. **psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, p. 113 - 124, 2012.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J, L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Revista Latino- Am. Enfermagem**, v.6, n.2, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200005. Acesso em 25 de Jan. de 2015.

SATO, L. Subjetividade, saúde mental e LER. In: RUIZ, R. C. *et al.* **Um mundo sem LER é possível**. Del Sur, Montevideu- Uruguai: p. 61 - 77, 2003.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C.; MORAIS, P. R. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. **Cad. psicol. soc. trab.** [online], vol.17, n.1, pp. 117 - 127, 2014.

SILVA, K. V. L. G. **Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem**. Dissertação (Mestrado acadêmico em cuidados clínicos em saúde), Universidade Estadual do Ceará, p.120, 2010.

SILVA, E. A. **Dores dos cuidadores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – GO**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília – UnB, p. 165, 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2005.

UCHIDA, S.; LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. Contribuições da psicodinâmica do trabalho para o desenvolvimento de ações transformadoras no processo laboral em saúde mental. In: **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, p. 191 - 209, 2010.

VIERA, C. E. C. O nexo causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial. **Revista brasileira saúde ocupacional**, São Paulo, v.34, n. 120, p.150-162, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v34n120/06v34n120.pdf>. Acesso em 06 de Out. de 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UM CAPS II E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein
Pesquisadora: Talyta Soares da Silva

Este documento visa solicitar sua participação voluntária na Pesquisa **“TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UM CAPS II E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES”**, que tem com finalidade compreender aspectos da organização do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e suas repercussões na Saúde mental dos trabalhadores da saúde compreender aspectos da organização do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e suas repercussões na Saúde mental dos trabalhadores da saúde

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente confidenciais, de forma que a identidade dos colaboradores será preservada. As informações coletadas serão identificadas por nomes fictícios, de forma que não possa ser identificado/as. Serão feitas perguntas verbais, que serão transcritas para fins de análise e posterior relatórios de pesquisa, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos.

Este Termo lhe garante os seguintes direitos: 1) recusar responder a qualquer questão durante a entrevista ; 2) retirar seu consentimento e terminar sua participação a qualquer momento da pesquisa sem nenhum tipo de ônus ou penalização; 3) ter resguardadas todas as informações que possam ser identificadas como sendo de sua autoria, mesmo depois de concluído o estudo; 4) pedir a qualquer tempo informações sobre esta investigação; 5) solicitar a não inclusão de quaisquer informações julgadas prejudiciais a sua pessoa; 6) escolher data, horário e local para que se faça a coleta de informações relativas ao objetivo da pesquisa e 7) perguntar sobre qualquer questão relativa à pesquisa e tê-la respondida a seu contento e 8) ter acesso a uma cópia deste TCLE, que ficará arquivado com o responsável pela pesquisa, ou seja, o pesquisadora

Talyta Soares da Silva, mestranda da Universidade Federal de Rondônia(UNIR), campus Porto Velho.

Por meio deste, dou permissão para eu ser entrevistado e para que possam ser divulgados os resultados da pesquisa e resguardado meu anonimato.

Pesquisadora :Talyta Soares da Silva_____

Endereço do Pesquisadora: Rua José Fona, 6000 Bairro: Igarapé – Porto Velho/RO

Telefones do Pesquisadora: 9957-3119

e-mails: talytsoares@gmail.com

Participante:

Local: Porto Velho/_____

APÊNDICE B

Porto Velho, ____ de _____ de 2015.

Declaração

Eu, Talyta Soares da Silva, mestranda do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia – UNIR, venho por meio deste documento, solicitar junto à instituição CAPS II , coordenada por Sandra Cristine Arca, localizada na Rua Elias Gorayeb, 2576, bairro Liberdade, autorização para realizar a seguinte pesquisa: TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UM CAPS II E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES, que tem como objetivo compreender aspectos da organização do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e suas repercussões na Saúde mental dos trabalhadores da saúde.

Dando toda a autonomia à instituição caso queira interromper a pesquisa a qualquer momento.

Desde já agradecemos a colaboração da instituição em conceder o espaço para a realização da pesquisa.

Talyta Soares da Silva
Pesquisadora

Prof^a. Dr^a. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein
Orientadora

Sandra Cristine Arca
Coordenadora do CAPS Madeira Mamoré

APÊNDICE C

Roteiro da entrevista semiestruturada

- 1- Descreva como é seu trabalho no CAPS?
- 2- Porque você escolheu trabalhar aqui?
- 3- Como estão as relações entre colegas no dia a dia?
- 4- Quais as mudanças na sua pratica no novo modelo de atendimento psicossocial?
- 5- Como você avalia as mudanças do novo modelo de atendimento psicossocial na sua pratica de trabalho?
- 6- Quais seriam as suas ideias para melhorar o seu trabalho?
- 7- Você tem conseguido trazer elas na sua pratica, como?
- 8- Como enfrenta as dificuldades da prática, exemplifique.
- 9- O grupo se reúne para discutir as dificuldades?
- 10- Quais são as dificuldades que você encontra para desenvolver suas atividades?
- 12- Como faz para lidar com elas?
- 13- Como está sua saúde mental? Teve relação com teu trabalho?
- 14- Como o grupo lida com as dificuldades, como cada um se ajuda nos momentos difíceis?

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UM CAPS II E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

Pesquisadora: Talyta Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45695915.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Número do Parecer: 1.294.393

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo elaborado para o compreender aspectos da organização do trabalho dos trabalhadores da saúde de um Centro de Atendimento Psicossocial/CAPS, de Porto Velho e suas repercussões na saúde mental destes trabalhadores. Terá como método a pesquisa qualitativa, de cunho explicativo. O arcabouço teórico que sustentará a investigação será fundamentado na psicodinâmica do Trabalho campo de abordagem da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) que se constitui na tentativa de compreender as relações entre organização do trabalho e trabalhador. As técnicas utilizadas na pesquisa serão a entrevista semiestruturada, a observação de campo e a produção de diários de campo. Os depoimentos e observações serão analisados por meio da análise temática, que propõe explicitar qualitativamente como os trabalhadores percebem seu ambiente laboral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender aspectos da organização do trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e suas repercussões na Saúde mental dos trabalhadores da Saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar as mudanças do novo modelo de atenção psicossocial de atendimento nos CAPS nas práticas profissionais e nas relações de trabalho.

Compreender quais são as estratégias de mobilização subjetiva que permitem as vivências de prazer no trabalho pelos trabalhadores. Verificar se há defasagem entre o trabalho real e o trabalho prescrito e as repercussões nas relações sócio profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tal Pesquisa possui riscos mínimos, como o desconforto do sujeito da pesquisa em responder aos questionamentos.

Benefícios:

O desvelamento da organização do trabalho de um CAPS II pode contribuir com os avanços da Reforma Psiquiátrica, dando espaço para discussão sobre a saúde mental dos trabalhadores que atuam no CAPS. Além disso, poderá fortalecer o coletivo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se volta a saúde do trabalhador na área de saúde mental em Porto Velho tema de grande relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados os Termos de Apresentação Obrigatória.

Recomendações:

Esta é a terceira vez que esse projeto foi submetido a apreciação do CEP. Nesta versão foram atendidas as sugestões anteriores

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_502991.pdf	22/09/2015 11:27:47		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	22/09/2015 11:00:25	Talyta Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE reformulado.docx	14/07/2015 00:36:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto para submissão CEP TALYTA.doc	30/06/2015 12:56:15		Aceito
Outros	TERMO VANDERLEIA.pdf	06/05/2015 10:10:19		Aceito
Outros	Scan_Doc0003.pdf	06/05/2015 10:08:37		Aceito
Outros	Scan_Doc0001.pdf	06/05/2015 10:03:46		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO VELHO, 23 de Outubro de 2015

**Assinado por: Edson dos Santos Farias
(Coordenador)**